

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

A PROPOS DES RAPPORTS DES MALADIES DU NEZ  
AVEC LES MALADIES DES YEUX

Par le Dr ZIEM (de Danzig).

Dans la récente publication du Dr E. Berger, de Paris, sur les rapports des maladies des yeux et du nez, il y a, à propos de mes opinions, tellement d'erreurs qu'il m'est impossible aujourd'hui de répondre à tout. Aussi me contenterai-je de rectifier quelques-unes des affirmations des plus erronées, entre autres celles qui se rapportent à la pathogénie de certaines formes de strabisme et d'astigmatisme et à l'explication du rétrécissement du champ visuel consécutif aux maladies du nez ou des sinus voisins.

A propos du *strabisme* et de l'*astigmatisme*, M. Berger s'exprime ainsi : « Si l'ethmoïde se développe d'une façon insolite dans le sens transversal, la distance entre les deux orbites devient exagérée, l'effort des muscles droits internes ne suffit plus à produire la convergence. Dans d'autres cas il s'établit du strabisme divergent ; quand l'ethmoïde atteint un développement excessif, la forme de l'orbite est anormale et il peut en résulter de l'astigmatisme cornéen ; ce fait a été surtout établi par les remarquables travaux de M. Bresgen. »

Je suis parfaitement d'accord avec M. E. Berger, quand il dit que cette pathogénie s'applique à beaucoup de formes

de strabisme et d'astigmatisme, et je regrette qu'il n'ait pas jugé à propos de mentionner que l'auteur de cette théorie était non M. Bresgen, mais moi-même : car dans un travail sur l'asymétrie du crâne à la suite de maladies du nez, publié il y a neuf ans, où j'avais recueilli les théories émises sur le développement asymétrique jusqu'à ce jour, j'ai donné les explications suivantes : « dans une quantité de cas aucune des conditions de développement asymétrique du crâne connues jusqu'ici ne peut être retrouvée, et M. Sommer avoue franchement que les recherches instituées jusqu'à ce jour ne suffisent pas à en éclaircir la pathogénie. Or, depuis 1879, et avant que l'attention eût été attirée sur cette question par le travail de Welcker, de Halle, sur l'asymétrie du nez et du squelette nasal, et par l'ouvrage de Zuckerkandl sur l'anatomie du nez, j'ai observé dans environ 50 cas d'asymétrie du crâne et de la face simultanément, une obstruction chronique d'une des fosses nasales presque toujours complète ou à peu près, et causée 8 fois par une forte déviation de la cloison ; 42 fois par un gonflement excessif de la muqueuse nasale. »

Bien que je n'aie pas entrepris des mensurations exactes, l'inégahité des deux moitiés du visage dans ces cas était si frappante pour tout œil exercé à cet examen, qu'il n'y avait pas de difficulté à montrer, soit aux parents des malades, soit à ces derniers, au moyen d'un miroir, combien, du côté de l'obstruction nasale, la joue était aplatie, l'orbite éloignée, l'œil retiré dans l'orbite et la fente palpébrale rétrécie. Mais comme ces observations recueillies sur l'homme ne me permettaient pas de décider si l'obstruction unilatérale du nez et l'asymétrie de la face étaient en relation l'une avec l'autre, je crus devoir recourir à des expériences sur des animaux, que je commençai en 1879 et que je continuai en 1882 ; pour obtenir une obstruction chronique, je choisis des lapins très jeunes, dans la période de croissance, auxquels, à l'aide d'un tampon d'ouate, je bouchai un des côtés du nez. Le tampon fut maintenu pendant plusieurs semaines ; le gonflement et la suppuration qu'il provoqua firent naître des conditions d'expérimentation analogues aux conditions de dévelop-

pement du coryza chronique chez l'homme. Au bout de 6 à 8 semaines, on pouvait constater, soit à l'œil nu, soit à l'aide de projections géométriques dessinées avec le dioptre de G. Lucae, de Francfort-sur-Mein, que du côté bouché, l'os incisif et la suture sagittale étaient déviés, que l'os nasal, l'os frontal et la lame horizontale du palatin étaient plus courts, le processus alvéolaire moins élevé; la distance entre la surface antérieure de la bulle osseuse de l'organe auditif et l'apophyse alvéolaire, ainsi qu'entre l'arcade zygomatique et le bord sus-orbitaire (c'est-à-dire la hauteur de l'orbite) était plus petite, les canaux des vaisseaux et des nerfs plus étroits et situés moins symétriquement que du côté nasal libre. Il me semble donc que ces expériences ont prouvé sans contestation que, dans nombre de cas, l'asymétrie du crâne et de la face était en rapport avec une obstruction chronique du nez.

Dans une série de coupes frontales de la tête dessinées dans l'ouvrage de Zuckerkandl, il y a de l'asymétrie, non seulement quant au développement des fosses nasales et des ethmoïdes, mais aussi du côté de la distance entre les orbites et la ligne médiane, ce qui est d'autant plus frappant, si l'on compare le plan construit sur ces parties par M. Henke. Il est clair que dans ces cas l'effort des muscles droits internes, pour faire converger les globes vers la ligne médiane, diffère des deux côtés, de sorte que l'asthénopie et le strabisme puissent en être la conséquence. Cet état consécutif à l'asymétrie du crâne a déjà été décrit en 1869, par M. de Hasner, mais la cause de l'agrandissement d'une moitié de la tête n'a été expliquée ni par cet auteur, ni par M. Schneller, qui a aussi observé une hypoplasie d'une des fosses orbitaires dans maints cas de strabisme. Dans une partie des cas d'asymétrie du nez et de la face que j'ai observés, j'ai constaté également du strabisme soit convergent soit divergent.

Comme le diamètre transversal du plancher orbitaire qui compose en même temps le toit du sinus maxillaire est proportionnel à la distance entre les parois maxillaires latérale et médiane, il est nécessaire que l'asymétrie du sinus maxil-

laire soit suivie de celle de l'orbite, ce qui a été constaté par M. Welcker 21 fois sur 37 crânes présentant une asymétrie du squelette nasal. La forme variable de l'une et de l'autre orbite est bien marquée dans les figures 1 et 2 de la monographie de Welcker. Or, si l'orbite et l'œil, en raison des lois de croissance du crâne et du cerveau exercent une influence de formation mutuelle l'une sur l'autre, il est inévitable que le développement asymétrique de l'orbite soit suivi d'asymétrie de l'œil dans ses divers méridiens, c'est-à-dire d'astigmatisme : aussi M. Donders et d'autres auteurs ont-ils constaté dans beaucoup de cas la coïncidence d'asymétrie de la face avec l'astigmatisme et, dans ma clientèle, j'ai vu assez souvent l'asymétrie de la face, des orbites et de l'œil, l'astigmatisme, unis à une obstruction chronique du nez.

« Les asymétries et les scolioses de la face et du crâne, avec leurs conséquences, pourront souvent être évitées quand le rôle important des coryzas chroniques dans leur pathogénie sera connu de tout le monde. »

En résumé, j'ai montré, dans ce travail, qu'à la suite d'une obstruction chronique du nez il peut se développer, chez les animaux, l'asymétrie de l'orbite et, chez l'homme, l'asymétrie de l'orbite, le strabisme et l'astigmatisme.

Quel est le rôle de M. Bresgen dans tout cela ? M. Berger a-t-il eu raison de supposer, de la part de ce dernier, l'existence d'un travail original ? Nullement, car M. Bresgen, qui n'est pas oculiste, a simplement analysé mon travail avec tant d'exactitude, que je ne me souviens pas d'avoir trouvé dans la littérature plus d'efforts sérieux pour assurer le succès d'un travail et la considération de son auteur. Mon travail a été cité si fréquemment par M. Bresgen que l'oubli de M. Berger de le signaler serait inexplicable si je ne savais pas que le mot de Sénèque « multum egerunt qui ante nos fuerunt » n'est pas dit pour tout le monde.

A propos des troubles oculaires qui se développent consécutivement aux affections du sinus maxillaire, M. Berger dit : « M. Ziem admet que le pus, en se collectant dans le sinus maxillaire, peut entraîner l'ectasie de ce sinus ; il considère le rétrécissement du champ visuel comme très vrai-



semblablement causé par la compression exercée sur le nerf optique par la paroi supérieure du sinus devenue ainsi proéminente. » Cette manière de voir est attaquée par M. E. Berger, et à bon droit ! Car il ne s'agit ici de la part de M. Berger que de véritables produits de son imagination. Ce ne sont en réalité que des moulins de Don Quichotte contre lesquels il lutte ; les mots suivants cités par Berger, à l'appui de son affirmation, comme émis par moi « *durch eine Citeransammlung in der letzteren und eine Ectasie des Sinus ein Druck auf den an der oberen Wand desselben vorlaufenden Nervus opticus zu Stande kommen könne, ist allerdings wahrscheinlich* » n'ont point de rapport avec les affections du sinus maxillaire, mais seulement avec celles du sinus sphénoïdal et M. Berger en a rompu la liaison avec le texte précédent. J'avais dit ce qui suit : « *Es sei hier erwahnt, dass auch eine Einschraenkung des Gesichtsfeldes zur differential Diagnose zwischen einer Eiterung der Kieferhoehle und einer solchen der Keilbeinhoehle nur mit Vorsicht zu verwenden ist. Dass durch eine Eiteransammlung in der letzteren und eine Ectasie des Sinus... warhscheinlich.* » Tout le monde sera d'avis que dans la phrase « *Durch eine Eiteransammlung, etc.* » il s'agit seulement du sinus sphénoïdal.

L'interprétation que j'ai donnée à plusieurs reprises de la pathogénie du rétrécissement du champ visuel est qu'à la suite de l'engorgement des veines ethmoïdales sous-orbitaires et naso-frontales il s'établit une hyperémie collatérale, un refoulement du sang vers les veines de l'orbite et du globe, surtout vers les procès ciliaires caverneux et par conséquent une tension exagérée dans l'intérieur de l'œil, de sorte qu'à la fin il résulte un trouble de la circulation rétinienne et une influence funeste sur le tissu nerveux. Que la stase ne s'y compense pas au moyen d'une circulation collatérale comme on le voit dans les stases marquées d'autres parties du corps, cela s'explique par ce fait que par l'obstruction nasale, la puissance aspiratrice des poumons est très amoindrie et par conséquent le moteur principal de la circulation veineuse n'agit pas ou agit très insuffisamment. Cette opinion est

certainement plus rationnelle que celle qui m'a été imputée par M. Berger, sa justesse se vérifiera tôt ou tard, mais pour la défendre avec succès contre la théorie réflexe émise par M. Berger, j'ajouterai les remarques suivantes.

Le rétrécissement du champ visuel à la suite d'affections nasales est produit, pour Berger, ou par une affection du nerf optique secondaire à un processus pathologique propagé du nez vers la cavité sphénoïdale ou par un réflexe produit par l'irritation des organes terminaux du trijumeau nasal. Je n'ai pu m'assurer si dans sa dernière monographie il admettait toujours comme en 1890, pour la transmission de son réflexe, l'intermédiaire du centre vasculaire du plancher du quatrième ventricule ou bien si le réflexe devait, par l'intermédiaire des noyaux et centres nerveux, intéresser plutôt le nerf optique lui-même, par analogie avec ce que l'auteur croit vraisemblable pour la pathogénie du blépharospasme et du spasme de l'accommodation dus à des affections de cause nasale. Pour établir le diagnostic différentiel d'une affection essentielle du nerf optique ou d'un trouble réflexe, M. Berger recommande comme un moyen très simple d'injecter une solution de cocaïne dans les fosses nasales et de faire une injection hypodermique de morphine qui feraient disparaître ou s'amender pendant un certain temps les symptômes oculaires de cause réflexe. Mais dans un travail antérieur publié en 1888, j'attirai l'attention sur une observation de M. Markwart signalant le développement d'un accès aigu de glaucome à la suite de badigeonnages réitérés de cocaïne sur la muqueuse nasale et je fis remarquer que le refoulement du sang en dehors des corps caverneux du nez engorgés avait provoqué une congestion intense du corps ciliaire, c'est-à-dire des tissus érectile et dilatable qui semblent jouer, dans la pathogénie du glaucome, un rôle des plus importants. Bien que la structure caractéristique des tissus érectiles tels que ceux des organes génitaux, de la muqueuse nasale, de la rate chez l'homme, de la crête et du peigne des oiseaux, c'est-à-dire l'existence de muscles organiques et fibres lisses entourant les lacunes veineuses et les désemplissant par leurs contractions, n'ait pas été encore constatée aux procès ciliaires,

il n'y a pas de doute que le glaucome ne soit l'analogie du priapisme et de l'engouement des précédents organes caverneux, c'est-à-dire l'érection extrême des procès ciliaires, soit par dilatation active des vaisseaux artériels, soit par relâchement ou parésie des lacunes veineuses de sorte que, l'afflux du sang continuant et n'ayant pas de décharge, une stase extrême en résulte. C'est ainsi que dans le fait rapporté par M. Markwart, une hypérémie chronique du corps ciliaire, préexistant vraisemblablement depuis un certain temps a été augmentée par le refoulement cocaïnique de la muqueuse nasale et finit par faire éclater l'accès de glaucome. Le procédé recommandé par Berger peut, dans des cas semblables, devenir très dangereux et, au lieu d'agrandir le champ visuel rétréci, peut augmenter encore ce rétrécissement et donner naissance au glaucome. En présence de ce fait, M. Berger devra admettre que le champ visuel peut non seulement être rétréci par une affection essentielle du nerf optique ou par un trouble réflexe mais aussi par un trouble de circulation dans l'intérieur du globe lui-même, et l'observation de M. Markwart ne s'explique ni par la théorie de Hack ni par celle de son élève E. Berger, car l'irritation présumée des organes terminaux du trijumeau nasal n'a pas été diminuée, mais plutôt exagérée par les badigeonnages de cocaïne; il est donc impossible de parler ici d'un glaucome réflexe comme il est inadmissible de songer à un trouble réflexe dans les observations récentes de MM. Luc et A. Martin, où la cocaïnisation de la muqueuse nasale a donné naissance à une anosmie plus ou moins complète qui s'explique très facilement par une congestion collatérale dans les parties supérieures du nez, le sang ayant été refoulé de bas en haut.

Je renonce à profiter ici de ces deux faits observés, le premier par moi, en 1879, l'autre, par M. Berger, en 1886, ce dernier décrit en détail par lui avant le mien et dans lesquels les troubles oculaires se sont développés à la suite de l'application du galvano-cautère sur la muqueuse nasale, car dans ces deux faits on ne peut nier que le rétrécissement du champ visuel peu marqué du reste, n'ait pas existé avant les opérations puisqu'on n'avait pas fait d'examen préalable et

par conséquent ces faits pourraient tout aussi bien s'accorder avec la théorie de M. Berger qu'avec la mienne ; mais il est incontestable, comme je l'ai déjà signalé en 1889, qu'il y a des cas où le champ visuel très notablement rétréci s'élargit très sensiblement sous l'influence de simples irrigations nasales avec de l'eau salée et pratiquées avec la pompe foulante. Voici une observation rapportée en 1889, et qui démontre ce fait.

K..., âgé de 24 ans, boucher, vint me consulter le 30 mars 1889. Il est emmétrope des deux yeux, son acuité visuelle à droite est 5/18, à gauche à 5/12. Le champ visuel de chaque œil est fortement rétréci, mais principalement celui de l'œil droit (fig. 1). La réaction de la papille est prompte. L'iris de

(KAMIRSCECK)

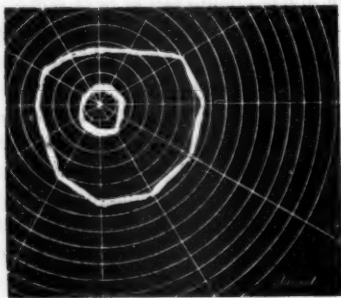


FIG. 1 dessinée à une distance de 30 centimètres, 1/40 de la grandeur naturelle.

l'œil droit est bombé en avant plus qu'à l'ordinaire, mais il n'y a pas de tension par la palpation au doigt. L'examen ophtalmoscopique révèle une assez forte hyperhémie des veines de la papille droite, une moins forte de la papille gauche. Le malade a la tête souvent lourde et le nez est bouché. Sa chambre à coucher est très humide et un de ses camarades y a gagné un rhumatisme articulaire. L'irrigation nasale à l'eau salée à l'aide de la pompe foulante fait partir beaucoup de muco-pus, après quoi il se sent la tête soulagée. Le 3 avril, après lavages du nez, les veines des papilles droite et gauche sont toujours assez

injectées, mais l'acuité visuelle de chaque œil s'est élevée à 5/9, le champ visuel est beaucoup élargi.

Voici encore une observation du même genre :

D..., âgé de 65 ans, forgeron, vint me consulter le 16 juin 1890 pour des douleurs atroces qu'il éprouve dans le globe de l'œil gauche. Au premier coup d'œil on voit qu'il s'agit d'une tumeur; la paupière supérieure est gonflée, tombée en bas et presque immobile, le globe est poussé en avant et en bas et fixé dans cette position de telle sorte que sa mobilité est à peu près complètement abolie. Les vaisseaux de la conjonctive sont injectés,

(DISCHLEIT)

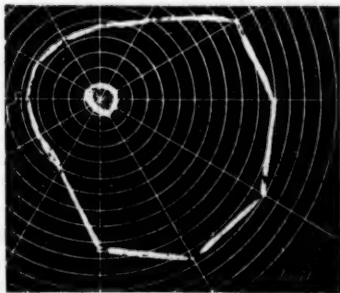


FIG. 2 dessinée à une distance de 30 centimètres, 1/40 de la grandeur naturelle.

la pupille est dilatée et sans réaction; il y a amaurose absolue. L'œil droit, avec un verre convexe de 2,0 dioptriques, a une acuité visuelle, 5/9. L'examen ophtalmoscopique révèle une violente congestion veineuse de la papille optique gauche et du voisinage, une assez forte hyperhémie veineuse de la papille droite et une disposition serpentine des veines rétiniennes. Quand le malade entra dans mon cabinet, je fus frappé immédiatement de son regard, pour ainsi dire hésitant. L'examen du champ visuel montra un rétrécissement extrême (*fig. 2*). Dans la fosse nasale gauche il y a une tumeur à surface irrégulière et tubéreuse, de même que dans la cavité naso-pharyngienne, dont le toucher est pratiqué tout de suite, et dont la partie gauche est remplie par un néoplasme de consistance assez dure

et à surface bosselée; dans la fosse nasale droite il n'existe qu'un assez fort gonflement de la muqueuse; les parois osseuses de l'antra d'Hygmore gauche ne présentent pas d'ectasie ni vers la face ni vers la voûte palatine. Les glandes lymphatiques sous-maxillaires et cervicales du côté gauche sont très gonflées ou plutôt transformées en des paquets volumineux et tubéreux.

Le malade, qui était venu pour se faire enlever l'œil gauche, fut averti que l'affection était beaucoup trop avancée pour donner la moindre chance de réussite à une opération, soit l'énucléation de l'œil, soit l'extirpation du néoplasme, qui avait envahi la cavité naso-pharyngienne, la fosse nasale, l'orbite et les glandes de la rétine. Pour le soulager de l'hypertension de l'œil et de ses maux de tête, je lavai le nez avec de l'eau salée à l'aide de la pompe foulante; il sortit une grande quantité de muco-pus fétide. Le malade se sentit bien mieux après cette irrigation. En continuant ce traitement les jours suivants, je fus fort étonné de voir le champ visuel s'agrandir de plus en plus, de sorte qu'au bout de huit jours, le 24 juin, il avait regagné l'étendue normale. Toutefois le malade succomba six ou huit semaines plus tard aux progrès de la tumeur maligne.

Après avoir examiné le malade la première fois, je pensais que la tumeur se propageant de la fosse nasale en haut et en arrière avait envahi le sinus sphénoïdal non seulement du côté gauche, mais aussi du côté droit; que le rétrécissement du champ visuel droit s'expliquait par une sorte d'étranglement exercé sur le nerf optique, séparé du sinus sphénoïdal par une lame osseuse souvent bien mince, par le fait du néoplasme, carcinomateux ou sarcomateux, déterminant une hyperhémie veineuse collatérale, à travers laquelle, c'est-à-dire une névrite rétro-bulbaire. Mais l'effet du traitement a démenti cette opinion, en montrant clairement qu'il s'agissait ici d'une stase collatérale, se dirigeant des vaisseaux hyperhémisés du nez vers l'intérieur du globe oculaire.

Les lavages du nez ont donc suffi à rétablir un assez grand élargissement du champ visuel, dans la première observation, et une étendue normale de ce champ dans la seconde; comment M. Berger veut-il expliquer cela avec sa

théorie? et comment s'exercerait l'action réflexe sur le nerf optique ou la rétine? Or, la théorie que je défends nous fait bien comprendre que l'évacuation du muco-pus nasal a rendu le nez plus perméable, la respiration plus facile et l'aspiration par les poumons plus aisée, de sorte que la stase dans les vaisseaux du globe de l'œil, non seulement ceux de la papille optique, mais, surtout, aussi ceux des processus ciliaires a été diminuée. En outre, il est possible, que la grande puissance hygrométrique du sel ait secondé, de son côté, la sécrétion, et, en même temps, la circulation dans les vaisseaux nasaux et, par conséquent, aussi dans ceux du voisinage.

Mais comme M. Berger est d'avis que dans de telles conditions il s'agit de phénomènes réflexes, il objecte à ma théorie du refoulement que, d'après MM. Heryng, B. Fraenkel et d'autres auteurs, la turgescence du tissu caverneux du nez n'est pas nécessaire pour qu'il se produise des troubles réflexes et que les affections des sinus du nez qui n'ont pas de tissu caverneux provoquent des troubles oculaires réflexes, de même que les maladies des fosses nasales.

Voici ma réponse : personne, jusqu'à présent, n'a observé le rétrécissement du champ visuel dans des cas d'atrophie de la muqueuse nasale; je vais rapporter ici deux faits de ce genre recueillis dans ma clientèle, bien qu'au premier coup d'œil ces faits semblent donner raison aux opinions de M. Berger.

*Observation III.* — M<sup>lle</sup> J..., âgée de 25 ans, me consulte le 10 janvier 1889 au sujet de son nez, toujours obstrué par des croûtes. Point d'hypertrophie de la muqueuse; il y a plutôt de l'atrophie. Les croûtes existent partout, et surtout dans les parties supérieures du nez. Bien que la malade ne se soit pas plainte de troubles oculaires, n'ayant simplement qu'un peu d'asthénopie quand elle a lu très longtemps, j'examinai l'organe de la vue : il y avait emmétropie des deux yeux; acuité visuelle de 5/5 à l'œil droit, pas tout à fait autant à gauche; l'amplitude de l'accommodation était de 8 D. aux deux yeux; le champ visuel droit était légèrement rétréci; le gauche l'était considérablement (fig. 3). L'examen ophtalmoscopique révèle

une assez forte hyperhémie veineuse de la papille optique des deux yeux, dix jours plus tard, après des irrigations nasales à

(JARTZEN)

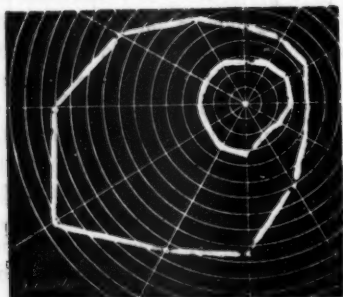


FIG. 3 dessinée à une distance de 30 centimètres, 1/10 de la grandeur naturelle.

l'eau salée, au moyen de la pompe foulante répétées une ou deux fois par jour, le champ visuel était redevenu normal.

*Observation IV.* — E..., cordonnier, âgé de 19 ans, me consulte en 1891 pour une asthénopie se manifestant surtout le

(EHLERT)

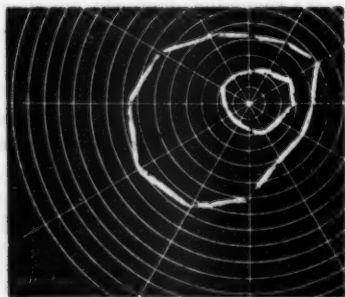


FIG. 4 dessinée à une distance de 30 centimètres, 1/40 de la grandeur naturelle.

soir ; l'acuité visuelle n'était pas tout à fait 5/5 aux deux yeux : à l'œil droit il y avait emmétropie ; à l'œil gauche, un peu d'as-



tygmatisme compensé par un verre cylindrique convexe de 0,5 D. Le champ visuel droit était rétréci légèrement, celui de l'œil gauche l'était beaucoup (fig. 4). A l'examen ophtalmoscopique on ne trouvait aucune anomalie. Les milieux réfringents et le fond de l'œil étaient d'une clarté extraordinaire. La muqueuse du nez ne semblait pas hypertrophiée; mais, dans les fosses nasales, il y avait une sécrétion purulente et fétide abondante, en partie desséchée sous forme de croûtes. Après des lavages à l'eau salée répétés plusieurs fois par semaine, le champ visuel s'élargit notablement et l'asthénopie a été modifiée par l'emploi du verre cylindrique.

Ces observations plaideraient en faveur de la théorie de M. Berger, mais à condition que les malades n'aient pas eu l'habitude, que j'ai constatée, de se moucher très violemment (1) pour évacuer les croûtes; la congestion cérébrale produite par cet acte anormal favorise la formation d'une stase veineuse dans les procès ciliaires; de même qu'on voit se développer des formes chroniques de glaucome à la suite d'une bronchite compliquée de violentes quintes de toux.

Le rétrécissement du champ visuel existe aussi dans le cours des affections du sinus maxillaire (Ziem) et frontal (Berger), bien qu'il n'y ait pas de tissu caverneux; mais l'absence de ce dernier nous oblige-t-elle à adopter la théorie réflexe pour l'explication du rétrécissement du champ visuel? Nullement, car on doit se rappeler d'après les recherches anatomo-pathologiques de Zuckerköndl, que la muqueuse des sinus et surtout du sinus maxillaire, peut s'épaissir en cas d'inflammation; et même que cet épaississement peut doubler l'épaisseur de la muqueuse, de manière à entraver la circulation du sang dans le voisinage; enfin, les engorgements de la muqueuse des sinus sont presque toujours compliqués d'un gonflement de la muqueuse nasale, d'où la gêne de la respiration et de l'aspiration du sang veineux par les poumons, et par suite l'embarras de la circulation du sang dans l'orbite et dans l'intérieur du globe.

(1) A. de Trœltzsch a déjà constaté l'effet pernicieux pour l'œil du mouchage violent.

Il ne me paraît pas nécessaire de chercher partout des phénomènes réflexes, et je crois qu'il est plus simple de recourir à l'explication de troubles circulatoires pour la pathogénie des modifications du champ visuel et de l'accommodation sous l'influence des affections nasales.

Je connais bien les remarquables travaux de MM. Joly et Laffont, Prévost et Aschenbrandt, qui ont démontré par leurs expériences sur les animaux que l'irritation du ganglion sphéno-palatin et du nerf maxillaire supérieur produit une hyperémie et une sécrétion abondante de la muqueuse du palais, du nez, des lèvres et de la joue, et j'en ai profité il y a sept ans pour expliquer maintes fois des gonflements de la muqueuse nasale à la suite d'irritation dentaire et de périostite alvéolaire. La distension de l'étroite alvéole dentaire et la dénudation du nerf à la suite d'une inflammation périostique favorisent certainement la dilatation réflexe des vaisseaux environnants; mais il n'est pas facile de comprendre comment par un gonflement de la muqueuse nasale sans lésion de sa continuité, une irritation des organes terminaux du trijumeau puisse être effectuée et, depuis neuf ans, j'ai combattu cette hypothèse audacieuse et non démontrée de M. Hack. M. Berger pourrait peut-être tenir plus de compte qu'il ne le fait de la littérature rhinologique de ces dernières années afin que l'on n'ait pas à discuter éternellement des théories reconnues maintenant comme insuffisantes et défectueuses par presque tout le monde. Cela aurait peut-être le résultat de le rendre plus équitable vis-à-vis d'auteurs déjà anciens dont les travaux, comme les miens, sont antérieurs aux siens et ont indiqué la voie à suivre pour les rapports des maladies des yeux et du nez.

Mais en supposant que pour la pathogénie de ces troubles oculaires on fût obligé de recourir à une influence réflexe de la part de la muqueuse nasale, il ne serait pourtant pas nécessaire d'imaginer une parésie réflexe de la rétine ou du nerf optique et d'enrichir, de cette manière, le domaine vague et ambigu des parésies réflexes d'une nouvelle ambiguïté, ni d'admettre une dilatation réflexe des vaisseaux de la rétine et du nerf optique.

A propos de la prétendue parésie réflexe de la rétine ou du nerf optique, reportons-nous au travail si bien étudié de Recklinghausen sur les paralysies réflexes en général. Cet auteur a démontré dans des faits de paralysie réflexe d'autres parties du corps, par des recherches anatomo-pathologiques, l'existence de dégénérescences des nerfs ou de la moelle épinière alors même qu'on présuait n'être en présence que de troubles fonctionnels. Or, personne ne peut admettre que quelque chose de semblable puisse exister dans les troubles oculaires soi-disant réflexes quand on voit de simples lavages du nez à l'eau salée rétablir les fonctions normales de la rétine et du nerf optique.

De plus, à la suite des expériences instituées par M. Lewisson, un arrêt réflexe évolué sans l'intermédiaire de lésions anatomo-pathologiques ne peut être admis que pour les nerfs *moteurs*, mais non pour les nerfs sensitifs, même sensoriaux. Aussi les amblyopies attribuables à une lésion des régions sus-orbitaires ou sus-maxillaires (P. Schweigger) ont-elles cessé depuis longtemps d'être expliquées comme suite d'une parésie réflexe de la rétine et tout le monde sait maintenant qu'elles résultent d'une hémorragie du nerf optique produite par une fracture du canal optique. Si dans l'ère préophtalmique une telle amblyopie a été guérie par Beer au moyen d'une section sus-orbitaire, on est à même de soutenir la thèse qu'il n'y avait point de parésie réflexe de la rétine et que le résultat thérapeutique ne doit pas être expliqué comme celui d'une névrotomie, mais plutôt comme celui d'une décongestion des vaisseaux intra-oculaires hyperémiés, l'incision ayant agi comme une saignée que l'on aurait pu pratiquer aussi bien sur la muqueuse nasale.

De plus, dans les observations de Lewisson, on n'a pas constaté la moindre altération de la circulation dans les parties atteintes de parésie réflexe, tandis que dans mes faits où le champ visuel était rétréci à la suite de l'hypertrophie de la muqueuse nasale, l'*hyperémie veineuse* de la papille optique n'a manqué que par exception. Même l'amblyopie, à la suite d'helminthes qu'on a considérés souvent comme réflexes, peut être causée par une dilatation réflexe des vais-

seaux et de la choroïde, à laquelle on attribuait des propriétés érectiles déjà au XVIII<sup>e</sup> siècle, en raison de la mydriase toujours co-existante des procès ciliaires, de même que les accès d'épilepsie de cause helminthique s'expliquent plutôt par un réflexe sur les plexus érectiles du quatrième ventricule et du cervelet que par une action réflexe sur les nerfs eux-mêmes, irritant de la sorte par cette hyperémie le tissu nerveux voisin. Quant à l'action réflexe sur les vaisseaux de la rétine et du nerf optique par les organes terminaux du trijumeau nasal, il serait certainement beaucoup plus simple d'admettre l'intermédiaire des ganglions sphéno-palatin et ciliaire que celui du centre vaso-moteur du plancher du quatrième ventricule, et l'opinion de M. Berger que le défaut de tel réflexe pourrait s'expliquer par des altérations de la fosse losangique ne gagnera probablement pas beaucoup de partisans.

Les réflexes vasculaires peuvent produire ou une anémie artérielle par constriction des artères ou une hyperémie artérielle de la rétine ou du nerf optique par dilatation des artères. Le premier mode doit avoir été observé après des lésions de l'aponévrose crânienne par M. Mooren et à la suite de tumeurs de la nuque par Howskip et Mackenzie ; le second phénomène a été constaté dans quelques cas d'amaurose unilatérale hystérique par Galezowski et Landolt, mais dans les troubles oculaires à la suite de maladies nasales observées par moi, je n'ai noté ni anémie ni hyperémie artérielle de la rétine ou du nerf optique, et il s'agissait seulement d'une hyperémie veineuse. Je ne sais pas si M. E. Berger voudra alors admettre une parésie réflexe des vaisseaux veineux, *phénomène non décrit* jusqu'ici ; je préfère y voir le simple effet d'un refoulement du sang avec relâchement des veines.

Or, M. E. Berger a assuré, d'une manière qui me semble bien catégorique, que l'irritation des organes terminaux du trijumeau nasal présentait une analogie absolue avec la névralgie du trijumeau dentaire, et il décrit formellement une névralgie du trijumeau nasal. Mais dans les observations dont il est question ici, je n'ai pas constaté une telle né-

vralgie et elle me semble être un produit de l'imagination si une lésion de la continuité de la muqueuse ou une exulcération ou quelque chose de semblable ne s'y trouve pas.

En raison des expériences connues d'Adamins, de Wegner, de Hippel, de Grünhagen sur les animaux, et des observations cliniques de Donders, de Nagel, de Redard et d'autres auteurs sur la névralgie alvéolaire on peut se figurer très bien que l'irritation du trijumeau maxillaire dilate par voie réflexe les vaisseaux du globe de l'œil, de la choroïde, et j'y ajoute, me basant sur mes observations et des arguments anatomiques et physiologiques, des procès ciliaires, jusqu'à produire une transsudation dans le corps vitré et la tension intra-oculaire, et, après ce trouble circulatoire de la rétine et du corps ciliaire, c'est le rétrécissement du champ visuel et la diminution de l'accommodation que l'on observe; mais d'aucune manière, je ne puis m'imaginer que le seul gonflement de la muqueuse nasale doit exercer une telle influence active ou érectile, et je suis d'avis qu'on ne doit y reconnaître qu'un refoulement du sang avec relâchement *passif* des parois veineuses.

Les développements dans lesquels je viens d'entrer m'autorisent à conclure que les *actions réflexes et la réflexion ne sont pas toujours d'accord* et qu'Hippocrate avait bien raison de dire qu'au moyen des nerfs on explique et on confond tout.

Un dernier mot : le rétrécissement du champ visuel observé par M. E. Berger dans une affection du sinus frontal s'explique de même très bien comme effet d'un trouble de circulation, et il est assez étonnant que, jusqu'à présent, on n'en ait rien signalé dans les affections ethmoïdales, quoique des relations très intimes existent entre les vaisseaux de l'ethmoïde et ceux de l'orbite.

#### BIBLIOGRAPHIE.

- E. BERGER. *Arch. für Augenheilkunde*, 1887, XVII, p. 293.  
— *Rapports entre les maladies des yeux et celles du nez*, Paris, 1892.

M. BRESGEN. *Deutsche Med. Wochenschrift*, n° 9, 1884. — *Wiener Mediz. Presse*, 1887.

V. RECKLINGHAUSEN. *Handbuch der allgemeinen Pathologie*. Stuttgart, 1883, p. 7, h. 27, 44.

REDARD. Voir le *Journal de médecine et chirurgie pratiques*, p. 311, Paris, 1886.

LUC. *Arch. internat. de laryngologie, rhinologie et otologie*, p. 167, mai-juin 1892.

A. MARTIN. *Ibidem*, p. 171.

ZIEM. *Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, etc., n° 2, 4, 1883. — *Idem*, n° 9, p. 260, 1885. — *Idem*, n° 4, p. 137, 1886. — *Idem*, n° 8, 1889. — *Allgemeine Mediz. Centralzeitung*, n° 70, 1885; n° 20, 1886. — *Internationale klin. Rundschau*, Wien., n° 10 et 11, 1888. — *Centralblatt f. Augenheilkunde*, p. 131, mai 1887. — *Berliner klin. Wochenschrift*, n° 37, 1888; n° 38, 1889. — *Deutsche Mediz. Wochenschrift*, n° 5, 1889. — *Virchow's Archiv*, Band CXXVI, p. 467, 1891.

---

## II

### DU LARYNGOSPASME UNILATÉRAL INTERMITTENT

Par MM. les D<sup>rs</sup> GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon,  
et J. COLLET interne des hôpitaux de Lyon.

Nous avons rencontré plusieurs fois, dans ces derniers temps, un phénomène singulier, caractérisé à l'examen laryngoscopique par la fixation intermittente d'une corde vocale sur la ligne médiane. Les faits de ce genre ne doivent pas être bien rares, puisque nous avons pu en observer 5 cas bien nets en quelques mois, et nous sommes convaincus que s'ils passent inaperçus, c'est en grande partie parce que l'intermittence du phénomène est une condition

défavorable pour son observation. Comme nous n'avons rien trouvé d'analogue dans la littérature, il nous a paru intéressant de citer nos cas et de tenter leur interprétation.

## OBSERVATION I.

M<sup>lle</sup> X..., 30 ans environ, professeur de peinture, se présente à mon cabinet le 7 avril 1891, pour un voile de la voix. Elle a déjà été soignée par le Dr Paliard pendant six mois. Elle accuse des troubles nerveux très accusés.

Au pharynx, je constate une granulation volumineuse occupant la partie médiane. Je pratique ensuite l'examen laryngoscopique en tenant moi-même la langue de la malade et je constate que la corde vocale droite devient immobile sur la ligne médiane; elle est complètement létanisée dans cette position. Je pratique ensuite un deuxième examen pendant lequel la malade tient elle-même sa langue. A ce moment, le phénomène d'immobilisation de la corde droite a disparu; mais après la phonation, je constate néanmoins que l'abduction n'est pas symétrique des deux côtés. La corde vocale droite se met en abduction avec un retard très apparent sur la corde opposée. Je n'ai pas revu la malade après ce premier examen.

Il s'agit donc d'une malade *très nerveuse*, qui a présenté un spasme de la corde vocale droite sur la ligne médiane. Nous insisterons seulement sur le mouvement d'abduction imparfait de la corde, même après cessation du spasme, sur le retard que présentait ce mouvement d'abduction, comparativement à la corde du côté opposé.

## OBSERVATION II.

M. N..., âgé de 30 ans, vient réclamer mes soins le 2 janvier 1887 pour un léger voile de la voix. Il y a six mois, le malade prit froid et, dès le lendemain, il était frappé d'aphonie. Depuis cette époque, l'aphonie se produit à chaque instant, comme par accès. Le malade éprouve d'abord un picotement à la gorge, la voix s'éteint et revient peu de temps après.

Je pratique l'examen laryngoscopique, et, dès que le miroir est introduit, je provoque un spasme pendant lequel la corde

vocale droite reste immobile sur la ligne médiane. En même temps, la voix s'éteint. Un instant après, j'examine de nouveau la corde droite : elle a alors repris toute sa mobilité et la voix a recouvré sa force habituelle. Je cautérise quelques granulations du pharynx et je prescris quelques antispasmodiques (bromure et belladone).

Je revois le malade le 1<sup>er</sup> février. Huit jours après la première visite il avait repris un accès, mais fort atténué. Au laryngoscope, la corde droite présente toujours les mêmes variations sous l'influence de l'examen.

Le 17 février, grande amélioration. L'examen ne provoque plus de spasme. Le malade chante plus facilement.

Le 18 mars, le malade a eu encore un peu de spasme pendant quarante-huit heures à la suite d'une course en voiture.

Cette observation peut être considérée comme un type du phénomène que nous décrivons ici, et en atteste l'origine spasmodique. L'aphonie survenait par accès, elle était précédée de picotements ; l'examen laryngoscopique suffisait pour mettre la corde sur la ligne médiane ; les antispasmodiques ont été administrés avec succès ; bref, tout, dans cette observation, démontre la nature réflexe du phénomène. Enfin, sur ce malade, les troubles fonctionnels causés par le spasme ont été contrôlés par l'examen direct : le son était voilé quand la corde se mettait sur la ligne médiane, tant que durait le spasme ; il redevenait normal quand le laryngoscope montrait les deux cordes mobiles.

#### OBSERVATION III.

M<sup>lle</sup> X..., 28 ans, de Coligny (Ain), vient me consulter le 25 juillet 1891 pour un enrouement remontant à la première enfance. A l'âge de 2 ans, cette personne a eu une bronchite grave. La voix a été enrouée depuis cette époque. A l'examen laryngoscopique, je constate que les rubans vocaux paraissent considérablement diminués de volume, comme s'ils étaient atrophies. Mais, en même temps, un phénomène singulier frappe mon attention : c'est l'immobilisation intermittente de la corde vocale droite. A plusieurs reprises, je vois cette corde se fixer sur la ligne médiane pendant quelques instants, puis reprendre ensuite un fonctionnement normal.



Cette malade n'a pu être suivie. Depuis quand y avait-il du spasme? à quelle cause le rattacher? il serait difficile de le dire exactement; mais, sans trop préjuger de la nature de l'affection, on peut supposer qu'il s'agit d'une ancienne bronchite avec laryngite concomitante, qui a d'ailleurs laissé sa signature dans l'atrophie probable de quelques fibres musculaires. Rappelons, en passant, que les vieilles bronchites datant de l'enfance sont souvent des laryngites avec adénopathie trachéo-bronchique, ce qui, pour le cas particulier du moins, pourrait apporter un élément nouveau à la pathogénie du phénomène.

## OBSERVATION IV.

G..., Constant-Emile, professeur de français, âgé de 46 ans, entre dans le service de M. Garel le 19 novembre 1891.

Mère vivante et bien portante. Père mort d'une affection du foie. Une sœur bien portante. Jamais personne dans sa famille n'a pris de crises; lui-même n'en a jamais eu, mais il se dit assez nerveux et impressionnable.

Excellente santé pendant son enfance et son adolescence.

Fièvre intermittente à 25 ans; elle a duré un an environ et cédé à l'usage de la quinine. Vers la même époque peut-être un peu d'alcoolisme. Pas de syphilis. Pas de rhumatisme.

Rien de spécial jusqu'à l'année dernière où il aurait perdu la voix pendant deux jours; au bout de ce temps elle est revenue, parfaitement nette. D'ailleurs le malade s'était exposé au froid la veille.

Hier au soir, sans que le malade se fût exposé au froid, mais après avoir bu un verre d'eau fraîche une demi-heure auparavant, il a perdu subitement la voix; il était à peu près aphone.

Le lendemain, c'est-à-dire aujourd'hui, le malade se présente à la consultation gratuite dans le même état.

Au laryngoscope, rougeur générale du pharynx et du larynx. Pas d'ulcérations, ni d'œdème d'aucune sorte. On constate que la corde vocale droite ne s'écarte pas de sa congénère pendant l'inspiration: elle reste sur la ligne médiane. Quoique à plusieurs reprises on force le malade à émettre le son *é* et à inspirer alternativement, le spasme en adduction persiste.

En pressant sur la poitrine du malade et en le forçant à émettre des sons, M. Garel améliore la voix du malade.

On *cocaïnise* le pharynx pour permettre un examen plus commode et quelques minutes après la corde vocale présente un mouvement d'abduction inspiratoire, tout comme celle du côté opposé. Le malade émet des sons plus nets, mais la voix est toujours rauque et bitonale.

Le lendemain, le malade parle beaucoup mieux; la voix est un peu rauque, mais n'est plus bitonale. Dans l'inspiration les deux cordes s'écartent parfaitement l'une de l'autre.

A l'examen général du malade on constate la sensibilité parfaite de la cornée; celle du pharynx a été assez rapidement émoussée par les examens laryngoscopiques. Sensibilité cutanée au tact et à la douleur normale partout. Les réflexes rotuliens sont conservés. Les pupilles resserrées réagissent à la lumière et à l'accommodation. Pas de signe de Romberg.

A l'auscultation et à la percussion les poumons sont normaux.

Pas de signes de péricardite. Rien au cœur.

Les deux pouls radiaux sont isochrones, faibles.

Les ganglions de l'aîne sont très sensibles; on en sent un ou deux dans chaque aisselle.

26 novembre 1891. — Le malade quitte le service; les cordes vocales s'écartent normalement, mais sont toujours un peu rouges.

Voici donc un malade qui, dans ses antécédents héréditaires et personnels, ne présente aucune particularité, si ce n'est cependant un tempérament nerveux assez accusé. A ce facteur étiologique s'ajoute l'influence du froid. L'aphonie est survenue après l'injection d'un verre d'eau froide, et, il y a un an, il y avait eu aphonie complète à la suite d'un coup de froid. Nous ferons remarquer la persistance particulière du phénomène qui n'a pas disparu malgré des alternatives d'inspiration et d'essai de phonation, contrairement à ce qu'on voit dans l'observation suivante où les phases de spasmes et de retour à l'état normal se succédaient à quelques minutes près. Par contre, le spasme n'a pas reparu après l'application de la cocaïne dont l'influence a déjà été mise à profit par plusieurs auteurs comme mode de traitement des spasmes laryngés. Quant à la gymnastique vo-

cale, qui améliorerait un peu l'émission des sons, il est probable qu'elle a agi simplement en augmentant la pression du courant d'air expiratoire.

## OBSERVATION V.

M. B..., de Bourg. Âgé de 45 ans, brigadier de police, se présente à la consultation gratuite de M. Garel, le 17 octobre 1891.

Dyspepsie consécutive à l'influenza.

A eu des rhumatismes à l'âge de 22 ans, après le siège de Paris. A fait trois saisons à Aix-les-Bains. Jamais d'autres maladies.

Rien au cœur.

Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Le malade a engraisé de 5 kilogrammes depuis le 17 mai. Au cathétérisme avec olive de un centimètre et demi de diamètre, on éprouve une résistance à 21 centimètres de l'arcade dentaire. Cette résistance a l'apparence spasmodique.

Raucité de la voix depuis deux mois. Au laryngoscope on constate que les deux cordes sont rosées, un peu hypertrophiées. La droite occupe la ligne médiane. Pendant la phonation, la glotte se ferme parfaitement. Pendant la respiration calme, la corde droite est immobile, s'écartant parfois d'un ou deux millimètres à peine. Dans l'inspiration forcée, la droite s'éloigne de la ligne médiane, mais son écart n'arrive pas à égaler celui de la gauche.

14 novembre. — On constate le même spasme; mais, dans l'inspiration très calme, la glotte paraît se dilater normalement. Aujourd'hui, la voix est meilleure et plus forte. On prescrit bromure et goudron.

19 décembre. — Le malade revient après avoir subi un mois son traitement. Il parle beaucoup mieux. L'examen du larynx montre les cordes très rouges, surtout dans leur partie antérieure. Pas de spasme de la corde vocale droite; mais on le constate très nettement quelques secondes après. Il disparaît sans cocaïne et reparait à plusieurs reprises, souvent, il est vrai, très incomplet, la corde vocale droite restant seulement plus près de la ligne médiane, tandis que la gauche se cache sous la bande ventriculaire correspondante. On n'a pas employé de cocaïne.

4 mars. — Arrive sans spasme de sa corde droite. Mais, après avoir fait prononcer au malade quelques sons très forts, on peut reproduire le spasme. Deux ou trois sons suffisent pour cela. On recommence plusieurs fois cette épreuve avec succès. Pour faire cesser le spasme, il suffit que le malade fasse quelques respirations tranquilles ; le spasme cesse alors progressivement et l'abduction de la corde droite finit par être parfaite.

La laryngite va mieux ; on constate seulement un peu de rougeur dans la moitié antérieure des cordes. On prescrit : bromure de camphre, 0<sup>gr</sup>,40 ; sulfureux Porillet ; capsules de goudron.

Considérée au point de vue de la marche de l'affection, cette observation est absolument l'inverse de la précédente, puisque le spasme disparaissait et se reproduisait presque à la volonté de l'observateur ; mais, par contre, on a pu constater sa réapparition fréquente pendant plusieurs mois. C'est qu'il s'agissait d'une laryngite chronique tenace et non d'une laryngite aiguë, comme dans le cas précédent : nouvel exemple de la corrélation qui unit la laryngite et le spasme.

Nous retrouvons ici les deux éléments réunis : nervosisme, laryngite. La laryngite a été plusieurs fois constatée à l'examen direct ; quant au nervosisme, le spasme de l'œsophage que présentait le malade en constitue un stigmate assez net, car l'augmentation de poids qu'il a subie depuis le début de l'altération de la voix suffit à écarter toute idée de néoplasme.

A remarquer chez ce malade, comme dans l'observation I, la disparition incomplète du spasme, ou l'abduction imparfaite qui suit.

Enfin, nous ne saurions laisser passer, sans y insister particulièrement, la facile reproduction du spasme par un simple essai de phonation, sa disparition après quelques respirations calmes. Ce fait n'a rien de surprenant puisqu'on sait, depuis les recherches de Claude Bernard, que la langue est un organe à innervation double, l'une correspondant à la phonation, l'autre à la fonction respiratoire, et que le jeu normal de la glotte résulte de l'équilibre entre

ces forces nerveuses antagonistes. Si donc, par l'émission d'un son, ou, inversement, par quelques respirations calmes, nous faisons *adapter* le larynx de notre patient pour l'une ou l'autre de ces deux fonctions, nous aurons dans le premier cas, contracture des adducteurs de la corde malade; dans le second, la dilatation normale de la glotte (la contracture en abduction étant un fait reconnu jusqu'ici exceptionnel).

## OBSERVATION VI.

M<sup>lle</sup> Ph..., de Lyon, 27 ans, se présente à la consultation gratuite le 12 avril 1892. Bonne santé habituelle. La malade dit être nerveuse, mais n'a pas de boule hystérique. Il y a eu un an au mois de février, chancre à la vulve. Iritis gauche au mois de novembre 1891. Il y a sept semaines, voix enrouée pendant huit jours, après lesquels la voix est restée simplement voilée. Pas de dysphagie; mais la malade toussait beaucoup. Elle tousse encore la nuit maintenant. Actuellement : pas de traces de laryngite, pas de rougeur. Mais, au moment de l'examen, la corde vocale gauche est nettement en position médiane. Les mouvements de la droite sont normaux. Au bout de quelques minutes, on constate que la corde vocale gauche bouge à son tour, mais ses mouvements sont moins étendus que ceux de la droite, au point de simuler un larynx oblique. On observe aussi des tentatives d'abduction de la corde malade, qui s'éloigne par secousses de la ligne médiane, par une sorte de mouvement de va-et-vient.

Nouvel examen après quelques minutes; on constate alors que les deux cordes bougent parfaitement et s'écartent de la ligne médiane aussi bien l'une que l'autre.

Quelques minutes après, nouvel examen. Le laryngospasme n'a pas reparu.

Chez cette malade, le phénomène ne s'est pas reproduit sous nos yeux. Pas de rougeur au moment de l'examen et voix très peu altérée. En somme, sauf le spasme, absence à peu près complète de signes objectifs et subjectifs; mais, il y a quelques semaines, la malade avait de l'enrouement. C'est qu'à cette époque il y avait probablement dans le la-

rynx des plaques muqueuses qui ont disparu depuis et laissé après elles un certain degré d'asynergie vocale.

Après la lecture de ces 6 observations, on remarquera qu'elles offrent un lien commun au point de vue étiologique : la présence de la laryngite ou d'un tempérament nerveux à un degré plus ou moins accusé, dans quelque cas même, la coexistence de ces deux conditions très favorables à la production d'un spasme. Ainsi, dans l'observation I, nous trouvons des troubles nerveux très accusés et une grosse granulation; dans l'observation II, on trouve encore des granulations, mais l'affection paraît avoir succédé à un coup de froid suivi, dès le lendemain, d'aphonie; dans l'observation III, il s'agit d'une bronchite de l'enfance ayant toujours laissé après elle un certain degré d'enrouement et de laryngite. Le malade, qui fait le sujet de l'observation IV, était aussi nerveux; l'aphonie est survenue à la suite d'un coup de froid, et l'examen direct a montré une laryngite aiguë intense.

Même remarque pour le malade de l'observation V, dont le tempérament nerveux était encore indiqué par un spasme de l'œsophage. De plus, laryngite chronique très rebelle au traitement. En somme, c'est dans les cas où il y avait influence combinée de la laryngite et du nervosisme que le phénomène s'est montré plus net et plus persistant.

Si maintenant nous essayons de tracer, d'après nos observations, un tableau symptomatique, nous voyons qu'il s'agit d'une corde vocale, cinq fois sur six la droite, qui se montra sur la ligne médiane à l'examen laryngoscopique, donnant ainsi l'image caractéristique d'une paralysie du crico-aryténoïdien postérieur, ou d'une contracture des adducteurs du côté correspondant; mais généralement au bout de quelques minutes, à un deuxième examen, la corde a repris sa mobilité. Il est rare cependant, et nous insistons encore sur ce fait, que la corde atteinte présente, après la cessation de l'accès, des mouvements d'une amplitude égale à ceux du côté opposé : le plus souvent l'abduction reste quelque temps incomplète, défectueuse, et tandis que la corde saine s'écarte au maximum, l'autre reste plus rapprochée de la ligne médiane.

Nous avons cru remarquer, seulement chez le malade qui fait le sujet de la V<sup>e</sup> observation, que la portion ligamenteuse et la portion aryténoïdienne de la corde atteinte formaient entre elles un certain angle, exagération de la saillie de l'apophyse vocale, comme si le muscle ary-aryténoïdien ne participait pas au spasme ou était frappé d'une légère paralysie. Mais de ce fait unique d'observation douteuse, nous ne voulons tirer aucune conclusion hâtive.

Les symptômes subjectifs se sont montrés à peu près uniformes. Pas de dyspnée survenant par accès. Il s'agit presque toujours d'un léger voile de la voix (obs. I, II, III, V); dans certains cas, cette altération peut se compliquer de véritables accès d'aphonie, succédant à des picotements (obs. II). L'enrouement peut être prolongé et tenace (obs. III, V); enfin, dans l'observation IV, il y avait aphonie complète. Il serait exagéré sans doute d'attribuer au spasme seul les troubles vocaux observés dans ces cas : il y a à tenir compte de la laryngite concomitante, et, dans l'observation IV, où il y avait aphonie complète, elle a dû jouer un rôle très important; mais le spasme aussi doit altérer la voix, et ce n'est pas là une pure hypothèse, puisque dans la II<sup>e</sup> observation on a pu saisir, au laryngoscope, des variations de même sens entre la dysphonie et le spasme, celle-là s'atténuant lorsque celui-ci disparaissait.

La fréquence et l'intensité du phénomène, autant qu'on peut en juger par ces quelques observations, sont subordonnées en grande partie à la marche de la laryngite, lorsque celle-ci existe. Les observations IV et V en sont des exemples; mais, pour poser une règle générale à ce sujet, il faudrait suivre des malades pendant un temps suffisant. Nous tenons seulement à faire remarquer qu'aucun cas ne s'est terminé par un spasme permanent.

Le traitement a paru un adjuvant utile. Nous croyons qu'il importe avant tout de soigner la laryngite et l'état nerveux du malade. Nous citerons seulement pour mémoire la gymnastique vocale qui, dans un cas, semble avoir amélioré un peu la voix. La cocaïne et les antispasmodiques (bromure et

belladone), en diminuant l'excitabilité réflexe, agiront plus sûrement.

Reste à élucider la nature intime du phénomène. Est-ce un spasme des adducteurs ? est-ce une paralysie de l'abducteur ? La réponse à cette question ne nous paraît pas douteuse ; aussi avons-nous admis implicitement jusqu'ici qu'il s'agissait d'un spasme. En effet, les paralysies musculaires sont fréquentes au cours des laryngites catarrhales, mais ce sont les muscles superficiels, sous-jacents à la muqueuse, qui sont frappés, l'ary-aryténoïdien et surtout le thyro-aryténoïdien interne. Nous connaissons tous l'aspect spécial de la glotte dans ces différents cas. De plus, l'intermittence si nettement observée du phénomène ne saurait s'accorder avec l'idée d'une paralysie du crico-aryténoïdien postérieur. Tout s'explique facilement au contraire si l'on admet qu'il s'agit d'un simple spasme réflexe des adducteurs. Ce spasme peut avoir pour point de départ la laryngite (et sa pathogénie serait ainsi analogue à celle que plusieurs auteurs assignent à la laryngite striduleuse). Il peut encore avoir un point de départ extra-laryngé, des granulations par exemple, comme dans l'observation où les picotements précédaient l'aphonie. Dans un cas, il était provoqué par l'examen. Enfin, le rôle prépondérant du tempérament nerveux a démontré chez un malade par un spasme de l'œsophage, l'influence du traitement antispasmodique dans un cas (obs. II), celle de la cocaïne dans un autre (obs. IV), tout plaide en faveur de la nature spasmodique et réflexe du phénomène, et nous concluons à l'existence d'un *laryngospasme unilatéral intermittent*, interprétation qui a d'ailleurs l'avantage de cadrer avec les idées défendues par le professeur Massei au Congrès international de 1889, sur la signification de la position médiane des cordes vocales.

---



## III

L'AUDIPHONE APPLIQUÉ AU DIAGNOSTIC  
OTOLOGIQUE

Par le Dr GELLÉ

## I

Grâce aux progrès des études otologiques, mais surtout grâce aux méthodes antiseptiques, la chirurgie auriculaire se faisant chaque jour plus audacieuse, il est plus que jamais indispensable de poser un diagnostic précis. En présence d'une surdité progressive bilatérale, par lésion scléreuse de l'oreille moyenne, qui a résisté à tous les traitements médicaux, l'intervention *manu armata* est légitime; mais elle n'aura lieu utilement qu'après s'être assuré par tous les moyens qu'il existe encore quelque sensibilité dans l'organe.

Quelles suites espérer d'une opération, quelles raisons de la proposer quand le chirurgien ignore si le nerf acoustique fonctionne encore? Ces questions n'auraient pas besoin d'être posées, si les sourds n'attendaient pas que leur infirmité soit extrême pour accepter l'opération; aussi cette étude ne vise-t-elle que les cas de surdité les plus anciennes et les plus complètes.

La lésion est-elle limitée à l'organe périphérique de l'audition; et surtout à l'appareil de transmission inclus dans l'oreille moyenne? Dans quelles conditions se trouvent les fenêtres labyrinthiques? Le tympan a-t-il ses mouvements? la trompe, sa perméabilité? la platine de l'étrier obéit-elle aux pressions expérimentales?

Le succès de l'opération dépend à coup sûr de la connaissance et de l'analyse de ces divers éléments de jugement. Entre tous, la nature de la lésion, son siège exclusif dans la cavité tympanique doivent être tout d'abord bien précisés,

mais il importe plus encore peut-être de savoir si le nerf acoustique, et mieux si son expansion labyrinthique a conservé, et dans quelles proportions, une activité fonctionnelle effective.

Pour espérer rendre l'ouïe à un sourd avéré, encore faut-il pouvoir apprécier d'avance l'état dans lequel se trouvera le nerf sensitif, quand on l'aura dégagé des obstacles accumulés au-devant de lui sur le trajet du courant sonore.

La prudence et la probité scientifique exigent que le chirurgien n'opère pas d'une façon systématique quiconque le désire : les incurables sont très enclins aux tentatives opératoires. L'opérateur fait un choix ; rejette certains sujets, qu'il a reconnus sans avenir, et ose promettre une amélioration à quelques autres.

Quel est son guide dans cette élimination, dans ce triage ? ou, pour préciser davantage, par quels moyens peut-il s'assurer que la capacité acoustique presque nulle et disparue chez un malade, existe cependant, bien que d'une façon latente ; et comment, chez un sourd arrive-t-il avec certitude à mettre le fait en lumière, et à rendre évidente l'intégrité du nerf spécial ?

La possibilité de semblables conditions ne fait point doute. Depuis longtemps, par exemple, on a observé que certaines personnes absolument sourdes peuvent au milieu du bruit, entre autres influences, récupérer en grande partie la faculté d'entendre la parole, mais d'une façon passagère seulement. Avec la surdité la plus accusée, il est donc démontré cliniquement que le nerf acoustique peut avoir gardé une sensibilité remarquable alors que l'oreille a perdu la sienne.

D'autre part les sons, quand il est impossible de les faire parvenir au nerf sensible par le chemin ordinaire, celui de l'appareil auditif qui leur est fermé par une lésion morbide, peuvent lui être amenés par d'autres voies encore.

C'est au médecin auriste de découvrir ces voies, de créer des communications nouvelles et de les assurer.

En effet, quand il s'agit de démontrer que la cause de la surdité réside uniquement dans cette obstruction du chemin naturel, rien ne le prouve mieux que la possibilité de faire

arriver les ondes sonores au contact de l'organe de perception par un circuit détourné.

Comme résultat, c'est un diagnostic des plus clairs, et à double indication; car il y a là une démonstration de la sensibilité du nerf et à la fois de l'extériorité de l'obstacle au passage des sons. Au point de vue opératoire, nous verrons les conclusions précises qui en découlent.

Quelle est la voie de transmission qui suppléera dans ces recherches à celle qui manque? C'est la conduction par les solides du crâne et de la face qui satisfait à l'expérience.

Depuis Bonnafond on l'exécute au moyen de diapasons posés sur le vertex; et jusqu'ici, c'est le critérium par excellence de la sensibilité du nerf acoustique.

La perception crânienne du diapason témoigne de la conservation de la fonction labyrinthique. Cela est écrit dans tous nos livres. Ne s'est-on pas exagéré la valeur de cette sorte de pierre de touche de la sensibilité du nerf?

Tout d'abord, la valeur d'une exploration, qu'elle soit faite avec un ou vingt diapasons divers, reste toujours discutable en face de la fonction auditive, et des innombrables impressions sonores, et des infinies variétés de sensations qu'elle fait éprouver.

L'épreuve de ses capacités ainsi réduite semble avec raison un peu trop sommaire; et quelque savant et prolongé que soit l'interrogatoire ainsi conduit, la réponse ne saurait éclairer à fond la solution du problème. Combien plus vive, plus évidente, plus claire serait la constatation de l'audition par cette voie d'une phrase de la parole humaine! quand il s'agit de décider d'une opération chirurgicale et de se convaincre de son utilité basée sur la conservation de la sensibilité acoustique, combien l'épreuve par le diapason vertex reste inférieure et douteuse comme toute généralisation extrême. L'auriste irrésolu reste alors hésitant dans ses promesses et peu confiant dans l'opération.

L'observation clinique, d'autre part, n'inscrit-elle pas souvent la disparition de cette perception crânienne du diapason chez des sujets qui entendent encore quelques mots,

indiquant ainsi quel fonds on est en droit de faire sur cette épreuve. Je montrerai plus loin par une statistique que ces faits sont relativement communs.

De plus, j'ai donné la démonstration expérimentale, confirmée par l'étude clinique, que la perception crânienne n'est pas du tout indépendante de l'état de la caisse tympanique, et de l'appareil transmetteur. J'ai fait voir que, bien au contraire, on arrive à modifier cette perception, à l'améliorer, à l'éteindre, à la faire renaître quand elle manque, en agissant sur l'oreille moyenne par l'aération, les pressions centripètes, etc. Dans mon travail sur l'épreuve du diapason-vertex, j'ai prouvé que les lésions de la caisse influent sur la transmission crânienne comme on sait depuis longtemps qu'elles agissent sur le passage des sons aériens et par les mêmes procédés.

Il n'y a donc rien d'absolu dans les résultats de l'épreuve du diapason-vertex ; il faut d'abord dégager l'action des lésions et des modifications de la cavité du tympan, avant de conclure à la perte de sensibilité acoustique d'après le résultat négatif de l'épreuve du diapason-vertex.

C'est toujours la méthode par élimination.

Mais quand l'épreuve est positive, indiquant que les chemins sont ouverts, on est conduit à penser que les lésions qui produisent l'affaiblissement de l'ouïe ont un siège particulier, tel qu'elles ne font plus obstacle à l'arrivée du son au labyrinthe, quand ce son a pris la voie solidienne. C'est par là seulement que le labyrinthe est accessible ; voilà ce que la perception positive du diapason-vertex veut dire ; de plus elle dit aussi clair que le nerf est apte à percevoir, mais elle ne peut donner la mesure de cette aptitude cachée.

Négative, cette expérience de perception par les solides de la tête est discutable et sa valeur relative. Positive, elle donne des notions insuffisantes pour juger sérieusement de la capacité de l'organe sensitif de l'oreille sourde. De l'audition des sons simples à celle des sons combinés, associés, simultanés ou successifs il y a loin. Pour résoudre le problème, il faut le poser d'une façon rationnelle ; il ne faut pas oublier le but poursuivi par le médecin dans l'intervention opératoire et

par le sourd consultant. Chacun d'eux désire, avant tout, le retour de la perception de la parole.

En définitive, le sourd veut obtenir de converser avec ses semblables. C'est là ce qu'il faut lui rendre possible. Le diagnostic doit donc démontrer la possibilité de ce retour de la fonction.

Aussi, avec la plupart de nos maîtres en otologie, je ne vois qu'une épreuve d'audition excellente, celle de la parole humaine, et qu'un critérium sérieux, l'audition du langage articulé.

Dès qu'un sourd est susceptible, par un procédé quelconque, d'entendre une phrase, de la répéter ou de l'écrire sans omission, intelligemment, rien n'équivaut à cette démonstration évidente des aptitudes du nerf acoustique et des services qu'il peut encore rendre.

Cependant, ainsi qu'on l'a vu, loin d'être exclusif, j'observe toujours avec le diapason la perception cranienne si intéressante au point de vue du diagnostic de la lésion et de son siège.

Comment faire pénétrer jusqu'au labyrinthe, par la voie solidienne, ces mots, ces paroles dont l'audition est si importante à constater ?

Depuis longtemps déjà, c'est de l'audiphone que je me sers comme instrument de transmission ; et c'est seulement d'après les résultats de l'épreuve d'audition de la parole au moyen de l'audiphone que je juge en dernier ressort de l'état de la sensibilité du nerf acoustique dans un cas de surdité, et surtout que je décide s'il y a lieu ou non d'opérer.

## II

L'audiphone est connu ; jusqu'ici cet instrument n'a été utilisé que dans un but prothétique ; c'est comme moyen de diagnostic que je l'emploie.

Quel il est, comment il transmet les sons et la parole ? c'est ce qu'il faut dire rapidement. Cela expliquera mon

choix et le prix que j'attache aux données de l'exploration qu'il rend possible.

L'audiphone créé par Rhodes, de Chicago, est une lame mince de caoutchouc durci, dont l'usage est conseillé pour soulager certaines surdités.

Colladon l'a construite avec du carton d'orties; Delstanches de Bruxelles, et moi, par économie, nous recommandons une lame faite d'un celluloïde très élastique, d'un grand bon marché, utilisé dans les joints des machines. On en fait de splendides en plaques de celluloïde transparent et coloré. La minceur et l'élasticité y sont; la tension s'obtient par la courbure imprimée à la lamelle vibrante au moyen d'une cordelette ou avec la main: Voilà l'organe!

Comment l'emploie-t-on? Quelle est sa fonction? L'inventeur appuie le bord supérieur de l'ovale formé par la lame élastique sur les incisives supérieures tandis qu'au moyen d'une tigelle la main tient l'autre extrémité; on peut, en tirant sur la cordelette, en faire bomber la surface en avant de la poitrine.

L'interlocuteur se penche au-dessus de cet écran qu'on lui présente et parle à quelques centimètres au-devant de lui.

La lame vibrante transmet aux incisives et aux os crâniens les vibrations par influence qu'elle a reçues; et le sourd (aérien) entend.

Remarquons tout d'abord que l'épaisseur de la lamelle vibrante a une grande influence sur la transmission sonore; il en est de même pour la tension obtenue en courbant la surface au moyen de la tirette.

On retrouve là les lois connues de la conductibilité des membranes et des lames pour les sons. C'est ainsi qu'en exagérant l'arcature nécessaire, on trouve que le son de l'ut 2 cesse de passer à l'oreille; et tous les sons graves paraissent alors moins distincts.

La plaque élastique doit être mince, fine et modérément tendue. Au reste on peut à volonté modifier ces conditions s'il est nécessaire.

A ces conseils, j'ajouterai celui-ci, qui s'appuie sur des recherches expérimentales.

La transmission sonore est bien plus nette, et l'application du bord de la lame élastique plus intime quand on recommande au patient de saisir entre ses dents incisives supérieures et inférieures, de mordre avec un certain effort le bord supérieur de la plaquette.

En effet, il est facile de constater sur soi-même qu'au moment de la contraction des masticateurs le son d'un diapason posé en vibration sur l'audiophone gagne en intensité, renaît s'il s'éteignait, et se perçoit plus longtemps.

La contraction des mâchoires rend donc la conduction plus complète et plus sûre. Je fais ainsi tenir l'instrument serré entre les dents incisives pendant l'épreuve d'audition; mais sans exagération surtout; car dans nos recherches, il ne s'agit plus, comme tout à l'heure, du transport de sons au contact, mais de la réception de vibrations par influence, d'ondes aériennes que la mince lamelle élastique récolte et transmet aux solides du crâne, et par eux aux oreilles.

L'expérience exige plus de délicatesse et moins de raideur.

Je n'ai pas à insister sur la transmission à travers les solides du crâne et de la face des sons apportés par l'audiophone; mais il est indispensable de préciser le mode de propagation des sons solidiens au labyrinthe même.

Instrument de diagnostic, l'audiophone doit être étudié à ce point de vue intéressant. J'ai souvent donné l'étude critique du chemin parcouru par les sons solidiens pour arriver au nerf sensible. Il résulte des expériences les plus nettes exposées dans plusieurs de mes travaux que les sons apportés par les os du crâne n'ébranlent le liquide où baignent les filets nerveux sensitifs qu'au moyen des vibrations communiquées à la platine de l'étrier.

C'est là leur porte d'entrée; c'est par là aussi que vont pénétrer les sons amenés au moyen de l'audiophone, au seuil du labyrinthe.

Une expérience bien simple démontre que cela est vrai chacun peut la répéter.

Voici un homme qui entend d'une façon normale; il saisit le

bord de l'audiphone entre ses incisives, et prend la tigelle à la main; puis, on adapte à l'une des oreilles le tube de caoutchouc de la poire à air, comme dans l'épreuve des pressions centripètes; ceci posé, on appuie le talon du diapason vibrant sur la plaque élastique tendue par le patient; celui-ci dès lors annonce l'affaiblissement de la sensation sonore à chaque pression exercée sur la poire à air. C'est que sur cette oreille saine les pressions tympaniques sont transmises à l'étrier; celui-ci s'immobilise un instant, à chaque coup, ce qui arrête le courant sonore ou l'atténue aussitôt. Ce courant sonore venu de l'audiphone, passant par les os crâniens, aboutit donc en définitive à la platine de l'étrier, pour pénétrer dans le labyrinthe, et l'impressionner.

En agissant sur l'étrier on nuit donc à la transmission des sons audiphoniques.

L'audition au moyen de cet instrument dépend ainsi, comme toute perception crânienne, de la mobilité, de l'accessibilité et de l'intégrité de la platine de l'étrier.

Aussi ne sera-t-on pas étonné d'observer la réapparition de cette transmission des sons audiphoniques, après l'aération de la caisse, par exemple à la suite d'un Politzer réussi: les faits cliniques en fournissent la preuve indiscutable.

L'épreuve d'audition par l'audiphone recule donc encore les bornes du champ d'observation, et vient s'ajouter à celle du diapason-vertex, souvent impossible par suite de la perte de la perception crânienne de ces sons simples. C'est là par suite un suppléant utile en séméiotique auriculaire.

Cependant, ainsi que je l'ai dit, l'épreuve négative avec l'audiphone ne prendra une valeur sérieuse qu'après les tentatives d'aération de la caisse, de dégagement de l'étrier et de mobilisation de la chaîne des osselets et de l'appareil conducteur, au moyen des divers procédés connus usités dans ce but en otologie.

Les résultats négatifs, on le voit, n'impliquent pas nécessairement l'abstention d'un traitement quand il existe une lésion de la caisse; loin de là. Quand la parole est entendue distinctement et facilement avec l'audiphone, alors que par toute autre voie rien ne passe, on peut conclure que la platine de



l'étrier est libre, et que la lésion, cause de la surdité, siège en dehors d'elle, sur le trajet des ondes sonores aériennes.

La conclusion est logique et triple : le nerf est sain, l'étrier est transmetteur, et la lésion externe par rapport au labyrinthe et à la fenêtre. Cela est d'une grande valeur quand il faut décider s'il y a lieu d'intervenir chirurgicalement dans un cas de surdité donné. L'indication est précise : il faudra faire la voie jusqu'à l'étrier.

On peut grâce à ce moyen reconnaître que la platine de cet osselet et la fenêtre ovale sont altérées, enchâtonnées, remplies d'exsudat solide, cachées sous une couche de produits plastiques, ou bien nettes, libres et vibrantes encore, ce qui justifie l'intervention.

A ce propos, s'il est facile de comprendre comment l'audiophone apporte les sons à la base de l'étrier et au labyrinthe, il l'est bien moins de s'expliquer pourquoi ces sons ont cessé de se propager par les voies ordinaires.

On sait qu'il y a épaissement, sclérose, raideur du tympan, ankylose des osselets, au moins de l'étrier; mais ces lésions évidentes, comment sont-elles capables d'arrêter les sons à ce point et de faire obstacle à leur progression si facile par les solides canaux cependant ?

Entre l'épaisseur du tympan scléreux et celle de l'audiophone le plus mince, il y a encore une grande différence; or, le son qui franchit celui-ci ne pénètre pas à travers l'autre. Il y a donc autre chose; l'audiophone est un résonateur. Bien entendu, nous faisons ici allusion aux cas où l'on constate que le nerf est resté sensible.

Peut-être aussi comme je l'ai dit, la caisse scléreuse avec son tympan, tendu, épais, constitue-t-elle un appareil de résonance excellent qui renforce les sons apportés par l'audiophone et le crâne. Cette explication est admissible dans un grand nombre de cas où la caisse est vide, sèche et constitue un espace clos, résonnant à coup sûr. L'inventeur de l'audiophone a bien remarqué que l'on accroît l'audition quand on fait boucher les deux oreilles du sujet, ce qui réalise l'espace clos cause du renforcement du son. Au contraire, au point de vue des sons aériens, cette cavité close est un parfait iso-

lateur, et arrêterait le courant sonore ou l'atténuerait assez pour le rendre imperceptible. La perforation chirurgicale du tympan triomphe alors de cet obstacle; l'aération de la caisse en relâchant la membrane et ses annexes, agit de même; et rétablit pour un temps quelquefois le passage. Or, il y a lieu de remarquer à ce propos que cette amélioration de l'ouïe est souvent obtenue bien que les signes de l'immobilité de l'étrier existent et persistent toujours; c'est-à-dire, qu'il n'y a eu en somme de modifiée que la capacité vibratoire de la porte d'entrée des sons; cette porte a été seule dégagée; sa vibrilité ayant reparu du fait du traitement; sur le fond rien n'a changé (1). L'observation clinique, d'accord avec ces données de l'analyse, m'a depuis longtemps appris qu'il existe des personnes atteintes d'ankylose de deux étriers, et qui conservent, grâce à l'intégrité du reste de l'organe auditif, une audition de la parole remarquable et durable.

La fenêtre ronde ne saurait ici être donnée comme supplantant la fenêtre ovale, car on voit ces mêmes ankylosés obtenir une amélioration sensible au véritable retour de l'ouïe sous l'influence de la douche d'air, par exemple, qui n'a qu'une faible action sur cette fenêtre.

Il semble qu'on doit admettre plutôt dans ces cas que par l'effet des moyens thérapeutiques qui redressent l'appareil de transmission, le détendent, dégagent le tympan et soulagent l'étrier refoulé et comprimé d'abord, on lui rend la faculté d'entrer en vibrations, et de transmettre celles-ci au labyrinthe, comme toute paroi mince, bien que sa platine ne joue plus dans la fenêtre ovale. L'enfoncement de toutes les parties mobiles de l'organe auditif dans le sens du labyrinthe aurait donc deux effets successifs et graduels suivant la raideur des membranes et l'étendue du déplacement produit: dans un premier degré de compression, le petit osselet est immobilisé, et ne répond plus aux pressions centripètes (2); dans un degré plus élevé du serrage, les aptitudes vibratoires de la platine de cette lamelle si mince, sont anéanties tout à fait.

(1) Même observation à faire dans le cas d'adhérences du tympan.

(2) Il peut alors répondre encore aux pressions centrifuges.

De même sans doute c'est ainsi que doivent agir les accumulations d'exsudat, leur organisation, et la sclérose terminale dans la genèse de la surdité incurable où l'audiphone reste insuffisant. La vibrilité de la base de l'osselet survit à la soudure de ses bords à la fenêtre ovale ; mais la moindre « charge » vient altérer ces aptitudes et peut les anéantir rapidement.

On trouve là l'explication la plus plausible des cas de surdité récente et presque subite, dans lesquels on constate une affection scléreuse avec ankylose de l'étrier, de date par conséquent ancienne, où il n'y a nulle apparence de lésion nouvelle à laquelle on puisse rapporter la destruction rapide de l'audition.

Quelquefois le Politzer, la raréfaction peuvent momentanément faire passer la pression du deuxième degré au premier, et amènent une amélioration passagère de l'ouïe. L'audiphone facilite l'étude des ces nuances et explique ces retours inattendus.

On reconnaît à l'aide des données de l'épreuve audiphonique ces divers états de la platine de l'étrier avant et après la douche de Politzer, etc.

Je me suis demandé si l'audiphone qui est en somme une table de résonnance, un amplificateur, ne doit pas à cela, pour une part, ses qualités d'audition. Il est curieux cependant de constater sur l'homme bien entendant, quand le diapason posé sur l'audiphone a cessé d'être perçu, qu'il l'est encore très nettement, aussitôt porté au-devant du méat auditif.

L'oreille normale reste toujours un instrument supérieur à tous les autres ; et la voie de transmission solidienne, on le sait, est inférieure à l'aérienne dans la santé. Mais dans l'état de sclérose ou autre des oreilles, ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, les lésions qui compromettent la conduction aérienne créent parfois d'excellentes conditions pour la transmission par les solides de la tête et, par suite, pour l'audition avec l'audiphone.

Tout cela justifie largement son emploi au diagnostic de la surdité et de la sensibilité acoustique. Ajoutons à ces qua-

lités principales que, par ce moyen de transmission, c'est aux deux organes de l'ouïe que l'on s'adresse à la fois ; or, on sait l'importance de ces excitations bilatérales, simultanées qui accroissent la sensation bien au delà du double ; n'oublions pas de plus que le premier effet des maladies des oreilles est d'isoler davantage chacune d'elles dans sa sphère d'activité spéciale, et d'empêcher justement ce renforcement que donnent deux impressions auditives simultanées. L'audiphone réunit les deux organes, les touche à la fois, et coordonne ce que la maladie a désuni : c'est encore un autre avantage. En résumé, il résulte de cette étude que cet instrument à la fois collecteur et conducteur de la parole, c'est-à-dire des sons par influence, comme le tympan, réalise par contact avec les os du crâne un appareil de transmission analogue et comparable à celui de l'oreille ; en effet, les sons qu'il apporte aboutissent de même à la platine de l'étrier.

Comme l'expérience et la clinique le démontrent, c'est donc un dispositif expérimental simple et sûr. Ces qualités me l'ont fait choisir comme moyen d'exploration de l'audition, parce qu'il permet d'interroger celle-ci par la parole, le critère par excellence. La supériorité de cette méthode d'examen chez les sourds les plus affligés, car c'est de ceux-là surtout qu'il s'agit, est pour moi incontestable, autant que la perception de la parole l'emporte sur celle des sons simples (montre, diapason, etc.).

### III

#### *Exploration de l'audition avec l'audiphone.*

Pour que l'audiphone rende les services promis, il faut procéder suivant certaines règles. Il s'agit le plus souvent d'individus atteints de surdité complète et qui ont leur faculté auditive tellement abaissée que quelques exclamations, quelques bruits seuls sont encore susceptibles de les impressionner ; encore la nature et l'étendue de cette impression

sont-elles souvent discutables. L'opération radicale est difficilement acceptée avant que cette infirmité ne soit arrivée à ce point. Aussi les personnes sont-elles devenues, en même temps que fort désireuses de guérir, très faciles à se tromper sur les sensations auditives qu'elles éprouvent à nouveau, et très enclines à s'illusionner sur l'importance du résultat.

L'observateur doit donc se méfier des réponses qu'on lui fait et de leur valeur; je pense qu'il y a lieu d'être très réservé sur les conclusions des premiers examens. Les suivants donnent souvent des épreuves toutes négatives alors qu'au début elles paraissaient positives.

Dans la pratique, après les divers examens de l'organe et de l'audition classiques, je place l'audiphone entre les incisives du sourd et je commence par noter l'audition des divers diapasons, le la 3, petit et gros, l'ut 2, l'ut 4... C'est après ce prélude que je parle à la personne avec l'audiphone, autant que possible, sans qu'elle puisse voir parler (chose facile, si l'on garde son miroir frontal, la tête inclinée sur la lame élastique). Mes paroles sont dites sur un ton et avec une force tels qu'il est évident que la personne ne peut à la même distance de ses oreilles percevoir rien de ce que j'énonce. Je recommande de faire aussitôt la contre-épreuve en se plaçant à la droite ou à la gauche du sujet; à une distance égale, et en répétant la même phrase sur le même ton. Sans ces précautions, à se fier aux dires du sujet, on s'expose à des surprises désagréables; souvent les patients font l'observation d'eux-mêmes; ils ont aussi bien entendu par leur oreille. On s'assure que l'audition est entière, que toute la phrase articulée est retenue, sans lacune, que tout a été entendu et compris, en faisant répéter tout haut immédiatement, mot à mot, ce qui a été dit avec l'audiphone: c'est le meilleur contrôle, il est indispensable.

On pourrait, comme le dit Rhodes, de Chicago, boucher aussi les deux oreilles, ce qui accroît encore la pénétration du son solidien.

Mais on conçoit que tout l'intérêt de l'épreuve consiste, en présence de l'incapacité absolue d'ouïr par les oreilles, à

trouver le moyen de faire entendre la parole avec l'audiphone:

Il faut tendre plus ou moins, la lame vibrante, et chercher quelquefois le ton et la force des sons à émettre avant d'être entendu.

L'épreuve prend d'autant plus de valeur qu'il a fallu moins d'effort et de recherche, que les mots ont été perçus vite, même quand ils se succèdent rapides, et quand la voix est faible et basse.

Quand la victoire est complète, on assiste à une véritable stupéfaction des assistants et du malade.

Le médecin conclut que l'appareil nerveux périphérique a conservé toutes ses aptitudes, et le cerveau la mémoire des mots.

Si l'on a suivi les divers points de cette étude, on aura remarqué qu'au moyen de l'exploration par l'audiphone le médecin auriste peut se rendre compte: 1° que le labyrinthe fonctionne encore; 2° puis que l'obstacle à l'audition réside en dehors de lui, sur le trajet de l'onde sonore; 3° que l'étrier a sa platine libre, et est susceptible de vibrer quand les sons lui arrivent par cette nouvelle voie; 4° enfin, en associant ces données à celles des pressions, que cette aptitude à vibrer persiste souvent malgré une immobilisation, ou une fixité bien démontrées de l'étrier; 5° qu'il est possible par les procédés connus de libérer la platine de l'étrier, de la soulager, comme je l'ai dit déjà; et cette plaque, indispensable à la propagation des sons recouvre l'aptitude à les transmettre, bien que sa fixité persiste; on a donc rétabli l'audition audiphonique, en modifiant la situation des parties qui chargeaient la platine au point d'éteindre ses vibrations, sans mobiliser l'étrier cependant (obs. 32, 33, 34, 45, 60).

La clinique montre par des faits indiscutables toutes ces conditions réalisées; et le succès des opérations radicales, dans lesquelles on extrait tout entier l'appareil de conduction jusqu'à l'étrier, vient confirmer toutes les conclusions précédentes.

Il faut distinguer entre la platine fixe, ankylosée et la platine chargée et inapte à la conduction. Dans le 1<sup>er</sup> cas, les vibrations passent; et avec l'audiphone on peut trouver le

chemin du labyrinthe; dans le 2<sup>e</sup> cas, l'épreuve négative tout d'abord peut redevenir positive, après qu'on aura dégagé l'étrier par les moyens thérapeutiques usuels, ou par l'enlèvement des parties qui le compriment.

En effet cette connaissance de l'inaptitude vibratoire de l'étrier par le fait de la charge constituée par l'appareil conducteur enfoncé vers la paroi interne de la caisse conduit à l'application d'un traitement chirurgical radical, consistant dans l'extraction des deux osselets et du tympan.

#### IV

Mais laissons parler les faits.

Mon travail est basé sur l'analyse de soixante-douze observations de surdités extrêmes, bien étudiées, dans lesquelles j'ai comparé les résultats obtenus par l'audition de la parole, du diapason-vertex, du diapason aérien, et noté les diverses phases de la maladie et du traitement.

Les résultats de cette analyse sont présentés dans les paragraphes suivants comme des conclusions statistiques.

A. — Le nombre des cas de surdités extrêmes étudiées au point de vue de la valeur diagnostique et pronostique des signes fournis par l'audiphone sont au nombre de 72.

B. — Sur ce chiffre, le nombre de ceux qui, n'entendant pas la parole, à peine quelques cas, entendraient facilement la parole au moyen de l'audiphone est de 48 ( $\frac{2}{3}$ ); 4 de ceux-ci étaient insensibles à toutes espèces de bruits.

C. — Le reste n'entendit rien de plus avec l'audiphone; un ou deux entendaient à peu près aussi mal que par leur oreille restée sensible aux mots sonores isolés.

Il y en eut 24 ( $\frac{1}{3}$ ).

D. — De cette catégorie de sourds, non améliorés par l'audiphone, 5 ont perçu le diapason posé sur l'audiphone ( $\frac{1}{3}$ ).

E. — Un certain nombre de ceux qui tout d'abord n'avaient pas entendu mieux la parole avec l'audiphone, purent cependant la comprendre, et facilement, après que j'eus redressé le tympan et aéré la caisse; j'en note 6 ( $\frac{1}{4}$  à peu près).

F. — Trois ou quatre de ceux qui entendaient mieux avec l'audiphone, mais qui ne pouvaient suivre une phrase, la percevaient péniblement et avec bien des lacunes, la voix très haute, purent entendre vite, sans effort, et sans lacunes après le redressement tympanique et l'aération des caisses.

G. — J'ai constaté cinq fois parmi ceux à qui l'audiphone faisait entendre la parole, l'absence totale de l'audition du diapason placé en face et près de l'oreille (D. même volumineux ( $ut_2$ - $ut_6$ , la 3).

H. — Un groupe nombreux de sourds qui obtinrent une audition remarquable de la parole par l'emploi de l'audiphone ne percevaient pas le diapason appliqué soit au vertex soit sur l'apophyse mastoïde. J'en trouve 19.

I. — Parmi ceux qui n'avaient aucun bénéfice par l'audiphone, il y en eut 10 qui ne percevaient pas ou d'une façon très douteuse le diapason, et discernaient mal un ton bas ou aigu.

J. — Parmi les 48 sourds que l'instrument élastique fit entendre aussitôt clairement, il se trouve une proportion très remarquable de sujets qui ont annoncé recouvrer une ouïe meilleure et quelquefois bonne au milieu du bruit, en chemin de fer, etc. C'est là une coïncidence très curieuse ; en effet, je trouve 17 fois le fait noté, et c'est, j'en suis convaincu, un chiffre inférieur à la vérité ; car la question n'a pu être posée dans tous les cas. Au reste, la conservation de la sensibilité acoustique n'est plus une question dans ces conditions.

K. — Au point de vue du diagnostic, il résulte de cette exposition que l'audiphone est supérieur en général à tous les moyens connus d'explorer la capacité auditive d'un sourd avéré.

Je rappellerai qu'il ne s'agit point ici de mots entendus vaguement, mais de phrases, de conversations, de questions précises que le sujet incapable de les percevoir autrement, entend vite, sans fatigue, sans tâtonnements, et sans lacunes. Dans la plupart des observations l'opposition entre l'audition habituelle de la parole, presque nulle ou incomplète ou incompréhensible, et la perception prompte et entière d'une



phrase prononcée, soit à voix faible et basse, soit à voix ordinaire, sans que le sujet voie parler, cette opposition est telle qu'elle semble tout d'abord invraisemblable aux assistants.

En définitive, comme démonstration de la persistance de la fonction du nerf auditif et de l'existence d'un obstacle situé en dehors de lui, il n'est rien de mieux à désirer que l'épreuve audiphonique.

L. — Au point de vue du pronostic, le service rendu n'est pas moindre. Sans être accusé d'optimisme, il est permis de conclure que s'il est possible, dans la série des améliorés franchement par l'audiphone, d'enlever cette barrière extérieure, cet obstacle si bien désigné sur le trajet du courant sonore, on peut guérir d'une façon persistante la surdité la plus grave.

M. — La médication la plus simple, le traitement médical classique trouve déjà du bien à faire dans cette série ; et 25 fois sur ces 50 cas, les divers moyens thérapeutiques ordonnés dans l'otite scléreuse, dans les voussures tympaniques, dans les raideurs et l'immobilité des osselets de l'ouïe, ont sérieusement amélioré l'état de surdité des malades. Mais, il faut dire tout de suite que les prétentions doivent être modestes avec cette thérapeutique ; que les résultats sont lents à obtenir, toujours bornés, souvent précaires ; que les soins doivent être longtemps et même toujours continués.

On sait trop que le plus souvent l'amélioration obtenue ne dure pas. La surdité est progressive. C'est une infirmité ; la compression de la platine de l'étrier, un instant évitée, tend à se reproduire fatalement par l'action de lésions permanentes ; et c'est toujours à recommencer, d'où lassitude et découragement du sourd et du médecin.

Arrivée à ce point, la lésion n'est pas curable par les moyens médicaux.

N. — De plus, que faire pour les 20 autres sourds que ce traitement exécuté pendant des années n'a pu faire entendre quelque peu et d'une façon durable ?

Si le nerf est sensible, n'est-il pas logique de tenter de le

dégager en enlevant tout ce qu'il a devant lui ? Après des essais isolés, des ablations partielles, dont on n'a rien obtenu ou à peu près, est-il téméraire de penser à une opération radicale qui laissera la platine de l'étrier seule en face de la perforation persistante du tympan, recevant le courant sonore, qui la frappe directement ?

Mais voici encore que la clinique a parlé ; et ce qui était en projet est déjà réalisé fort habilement. Or, les résultats dépassent de beaucoup ceux qui donnent les meilleurs cas de la pratique ordinaire ; les bénéfices obtenus par l'opération radicale, quand elle n'est pas trop tardive, sont bien supérieurs en étendue et en durée à tout ce que nous pouvons procurer par les médications les mieux entendues et les mieux réussies.

L'historique de la méthode curative et l'exposition de cette intervention chirurgicale seront le sujet d'un travail ultérieur où les faits que j'accumule prendront place. En terminant, je ne puis que répéter, que pour justifier cette active et radicale intervention, les notions que l'on aura d'abord obtenues par l'exploration de la sensibilité acoustique au moyen de l'audiophone, seront les arguments les plus décisifs, le guide le plus sûr, et fourniront la raison la plus logique pour décider l'opération.

C'est le but de ce travail de présenter l'audiophone à ce point de vue.

---

#### IV

#### QUELQUES OBSERVATIONS SUR LE MUTISME HYSTÉRIQUE.

Par le Dr **Paul KOCH** (de Luxembourg).

Les travaux modernes sur le « mutisme hystérique » ayant abouti à une définition et à une symptomatologie plus ou moins vagues, je tâcherai de définir, aussi exactement que possible, l'image clinique concise de cette névrose qui inté-

resse autant la médecine générale que notre spécialité. A l'exemple de Solis Cohen, on fera bien de remplacer la dénomination de « mutisme hystérique » par celle d'« aphasie (1) »; d'abord, le mot « mutisme » fait trop facilement confusion avec la surdimutité, maladie tout à fait différente; en second lieu, il existe des cas dits de « mutisme hystérique » qui ne sont nullement de nature hystérique.

Sans entrer dans l'historique ni dans les détails de la maladie en question, je ferai observer, de prime abord, que le diagnostic de l'aphasie se fait à première vue, sans anamnèse ni laryngoscope.

Impossible de la confondre avec l'« aphonie » dans laquelle les fonctions des cordes vocales seules sont abolies, tandis que les lèvres, les joues, la langue, le voile du palais, en un mot, tous les résonateurs agissent normalement. Dans l'aphonie, la production des voyelles seule est abolie, tandis que les consonnes sont prononcées d'une façon irréprochable; en d'autres termes : le malade sait parler à voix basse, il sait chuchoter, tandis que l'aphasique ne peut prononcer aucun son.

L'aphasie ne peut pas être non plus confondue avec l'« aphasie », affection où les malades ne trouvent pas les mots qu'ils pourraient très bien prononcer, si leur cerveau les dictait. L'aphasique aussi bien que le sourd-muet peuvent prononcer des sons inaccoutumés et désarticulés.

On ne peut pas confondre non plus l'aphasie avec la surdimutité. A l'état normal, l'éducation de nos organes vocaux se fait par l'organe de l'ouïe dans notre tendre jeunesse. Si le jeune enfant est sourd, cette éducation ne se fait pas et, dans ce cas, il faut que l'enfant atteigne un âge plus avancé avant qu'on ne puisse faire son éducation vocale, en remplaçant le sens de l'ouïe par l'organe de la vue de l'enfant. C'est ce que l'albé de l'Épée avait déjà pratiqué avec succès; depuis que l'on a abandonné sa méthode, les sourds-muets apprennent à parler encore par la simple vue, à exécuter avec leurs résonateurs, leur langue et leurs lèvres, les mouvements nécessaires à la production plus ou moins par-

(1) « privatif et *mutisme*, chuchotement.

faite des sons qu'ils n'entendent pas eux-mêmes. Les grands succès obtenus dans nos instituts de sourds-muets prouvent à l'évidence qu'il ne faut pas confondre l'apsithyrie avec la surdimutité.

Impossible aussi de confondre l'apsithyrie avec le bégaiement, le zézaïement et le bredouillement.

Seule, la simulation bien avérée peut présenter quelque difficulté. Pour la dévoiler et pour diagnostiquer ainsi une vraie apsithyrie, il faut faire usage des ruses employées généralement en pareils cas.

Il faut avouer que la grande majorité des cas d'apsithyrie concerne des hystériques ; par conséquent, les descriptions classiques de la maladie ne sont que la copie de l'hystérie avec prédominance des symptômes de l'apsithyrie. Les apsithyriques hystériques ont perdu la mémoire de l'articulation, elles ne veulent pas articuler, ou plutôt elles ne savent pas qu'elles peuvent ne pas vouloir articuler. Cette impuissance est accompagnée de l'intégrité des organes de l'ouïe et de la voix. Il faut donc admettre que l'affection est de cause centrale. Comme les hystériques exagèrent en tout, elles exagèrent aussi dans la sphère vocale. Cette exagération se manifeste dans la quantité aussi bien que dans la qualité et, sous ces deux rapports, elle passe par toutes les nuances qui se trouvent entre les quatre limites extrêmes : ainsi le changement de qualité de la voix peut aller du son normal jusqu'à la toux nerveuse et au rire hystérique, jusqu'à l'aboïement et jusqu'aux sons les plus bizarres. Très fréquemment, nous observons, chez les hystériques, une loquacité sans bornes produisant des exagérations matériellement impossibles, loquacité qui peut aller en diminuant jusqu'à l'aphonie complète. L'apsithyrie représente le *nec plus ultra* de cette abolition fictive des fonctions vocales, sous le rapport de la quantité et de la qualité. Les hystériques sont tellement convaincues de leur impuissance d'articuler qu'elles s'empressent de donner leurs idées par écrit ; elles se plaisent à se faire comprendre par une mimique très perfectionnée rappelant la pantomime des clowns de cirque. C'est Charcot qui, le premier, a désigné cet empressement comme symptôme

différentiel entre l'apsithyrie et l'aphasie. Les aphasiques, quand ils ne sont pas frappés en même temps d'agraphie, ne se mettent que difficilement à écrire et à faire des gestes. Si, dans des cas plus rares, l'apsithyrie frappe des personnes saines non hystériques, la manie d'écrire et de faire de la pantomime fait défaut. Les symptômes subjectifs accusés par les hystériques apsithyriques sont des plus variés et l'on ne peut s'y fier : elles se plaignent de sensations vagues et peu définies dans la bouche et dans les organes vocaux, sensations qui ne rappellent que trop les paresthésies si bizarres des hystériques et des aliénés. Quelquefois l'apsithyrie est le seul stigmate de l'hystérie.

Rarement, l'apsithyrie est un symptôme précoce du tabes dorsal et, dans ces cas, elle remplace les crises laryngiennes bien connues.

Dans toutes les observations publiées, l'examen laryngoscopique a fourni un résultat négatif. Les cordes vocales intactes occupent toutes les positions entre la phonation et l'inspiration profonde ; leur abduction n'est jamais entravée. Tout au plus, quand les malades s'efforcent de produire un son, on remarque de légères vibrations des bords libres des cordes vocales, ainsi qu'un tremblement peu accentué des cartilages aryénoïdes, double mouvement qui est dû sans doute au courant expiratoire et non à l'action des récurrents.

Quant à l'étiologie de l'affection en question, les statistiques nous prouvent que dans la grande majorité des cas il faut accuser l'hystérie comme cause prédisposante, et alors il ne faut qu'une occasion banale, souvent imperceptible, pour produire l'apsithyrie, qui est très tenace alors. Je ne fais que rappeler ce cas bien connu d'une dame qui, au théâtre, pendant la représentation d'un ballet, fut frappée subitement d'apsithyrie au moment où les jupes d'une danseuse prirent feu ; cette malade ne fut guérie que plus tard, mais brusquement aussi, au moment où, après des couches laborieuses, on lui présenta son premier-né.

J'ai soigné pendant trois ans une jeune fille de 15 ans, qui, quatre ans auparavant, à l'âge de 11 ans, fut atteinte, petit à petit, d'apsithyrie ; elle n'était pas réglée, il n'existait chez elle

aucun antécédent héréditaire. Tous les traitements à la mode restaient inefficaces ; il se formait des contractures toniques alternativement aux bras et aux jambes, qui entravaient l'usage des membres. Tout d'un coup, les symptômes alarmants d'une paralysie cricoaryténoïdienne postérieure se déclarèrent, symptômes que j'ai dû rapporter à une crampe des muscles phonateurs de la glotte ; la trachéotomie dut être pratiquée d'urgence ; la malade porta la canule pendant 3 ans ; l'apsithyrie existait toujours ; les autres contractures cédaient peu à peu au courant continu. Bientôt après il se forma un oesophagisme si prononcé que la nutrition devint impossible ; cette affection ne cessa que lorsque j'étais à dessein, sous les yeux de la malade, une masse d'instruments et que je me disposai à pratiquer l'oesophagotomie externe. Une hyperesthésie de la rétine forçait la malade à porter de grands verres bleus. Cet accoutrement extravagant, la canule trachéale, les contractures et la mimique inhérente à l'apsithyrie donnaient l'image classique de l'hystérie, rôle dans lequel la malade se complaisait. Peu à peu, tous les symptômes cédèrent aux traitements sus-indiqués et, après le massage prolongé des ovaires, la parole revint subitement avec l'apparition des règles ; la maladie avait duré 7 ans.

Comme deuxième exemple, j'ai observé un sergent de ville, âgé d'une trentaine d'années, qui le soir, après avoir mangé une quantité énorme de poisson froid, avait eu un accès de colère pendant qu'il faisait son service sous une pluie battante ; il rentra chez lui avec tous les symptômes de l'apsithyrie ; le lendemain, il était guéri sans aucun traitement.

Mon troisième cas concerne un conducteur de train, qui faisait son service après avoir dîné copieusement. Il y eut rencontre de deux trains ; un mort et plusieurs blessés ; le conducteur fut lancé sur la voie sans recevoir de blessure sérieuse. J'ai vu le malade immédiatement après l'accident : assis sur un tas de pierres, à côté de son train déraillé, il présentait tous les symptômes de l'apsithyrie. Le lendemain, le mutisme avait disparu sans aucun traitement.

Comme l'hystérie constitue le terrain de prédilection de l'apsithyrie, il est évident que le sexe féminin fournit le plus grand contingent ; ce sont ces cas qui sont de longue durée ; même chez un certain nombre d'apsithyriques masculins, nous constatons le féminisme caractéristique des hystériques mâles ; ceux-ci présentent aussi la manie d'écrire et de faire

des gestes ; leur affection dure indéfiniment aussi. Les deux dernières observations, que je n'ai fait que citer, prouvent qu'à la suite d'une vive émotion, les hommes les plus robustes peuvent être atteints d'une apsithyrie de courte durée et qui guérit d'elle-même. Peut-être y a-t-il quelque chose de vrai dans les récits qui rapportent qu'à l'annonce d'un grand malheur « les personnes ne savaient plus parler de peur » ? Nos observations démontrent que l'apsithyrie est observée à tous les âges, sauf chez les très jeunes enfants que les émotions n'atteignent pas encore, et à un âge très avancé où les impressions sont aussi à peu près nulles. L'embarras gastrique, qui résulte nécessairement d'une vive émotion, y est-il pour quelque chose ? Je n'ose le prétendre ; il est certain que les malades se trouvent bien quand l'indigestion est passée. Dans beaucoup de cas, la cause de la maladie n'est pas à trouver.

D'après ce que nous avons vu, le pronostic de l'affection est favorable ; les malades guérissent toujours aussi subitement qu'ils sont tombés malades. La grande variété des traitements, ainsi que les guérisons spontanées, prouvent que nous ne possédons pas de traitement spécifique ni même rationnel. Souvent, les malades guérissent sans que l'on s'y attende, ils guérissent plutôt par l'effet d'une médecine d'imagination que par un traitement logique.

---

## V

## CORPS ÉTRANGER DU LARYNX

Par le Dr **Paul KOCH** (de Luxembourg). (1)

En relatant brièvement l'observation d'un corps étranger du larynx, je n'insisterai que sur le mode opératoire employé :

Il s'agit d'un os de mouton immobilisé entre les cordes vocales, provoquant des accès de suffocation menaçants, et ne pouvant être enlevé par les voies naturelles. Aidé de deux de mes collègues, je pratiquai la trachéotomie et introduisis une canule ordinaire. La respiration étant devenue normale et garantie, je voulais extraire l'os par les voies naturelles, mais il était trop enclavé et j'avais peur de provoquer des déchirures. Je me disposais à mettre une canule à tampon et à pratiquer la laryngotomie, quand un de mes collègues me conseilla de refouler l'os dans la bouche, en le poussant de bas en haut. L'enfant fut donc profondément endormi, j'introduisis un ouvre-bouche entre les dents, j'ôtai la canule, les aides écartèrent les bords de la plaie trachéale, j'introduisis deux doigts dans la bouche sur l'entrée de la glotte, je passai une pince à polype de Fauvel, (fermée de bas en haut) par la plaie trachéale et reçus l'os entre mes doigts. L'enfant guérit ; la laryngotomie avait été évitée ainsi que ses suites fâcheuses éventuelles.

J'arrive aux conclusions suivantes :

1° Faire avant tout la trachéotomie, introduire une canule et laisser reposer l'enfant ;

2° Essayer avec ménagement l'extraction par les voies naturelles ;

3° Si cela ne réussit pas, endormir profondément, mettre un ouvre-bouche, ôter la canule, introduire deux doigts sur l'entrée de la glotte, écarter largement les bords de la plaie trachéale et pousser le corps étranger de bas en haut avec un instrument mousse et convenablement recourbé ;

(1) Lu à la 3<sup>e</sup> réunion annuelle des otologistes et laryngologistes belges<sup>1</sup> Liège, 5 juin 1892.



4° Faire cette manœuvre seulement dans le cas où le corps est immobilisé;

5° Si l'accident est récent, on n'a pas besoin de laisser la canule en place; on peut fermer la plaie et tenter une première intention; les anneaux de la trachée, très élastiques, s'adapteront symétriquement, l'emphysème cutané n'est pas à craindre;

6° Il faut recommander le repos absolu du larynx.

---

### BIBLIOGRAPHIE

---

**Les pierres du poumon de la plèvre, des bronches et la pseudo-phtisie pulmonaire d'origine calculeuse**, par S. A. MARIUS POULALION (1 vol. in-8°, Paris, G. Steinheil, 1891).

Travail plein d'érudition. Cet ouvrage comprend deux parties: une partie anatomique, à laquelle l'auteur a donné de grands développements, une partie clinique, où l'on remarquera surtout l'ingénieuse assimilation de la migration des calculs broncho-pulmonaires à celle de calculs du rein et du foie, et la comparaison de la *crise broncholithique* à la colique hépatique ou néphrétique.

L'attention de nos lecteurs doit être attirée sur le chapitre consacré au diagnostic: il étudie le moyen de reconnaître l'origine d'une pierre expectorée par le malade: et il ne faudrait pas confondre avec les broncholithes, les concrétions calcaires formées dans les ventricules du larynx, les calculs amygdaliens, les rhinolithes ayant émigré par la voie naso-pharyngienne, les calculs salivaires, etc.

M. L.

**Hygiène de l'oreille** (*soins préventifs contre les affections auriculaires*, avec 5 figures dans le texte), par le Dr MOU-  
NIER. (Soc. d'Editions Scient. Paris, 1892.)

Ce petit traité, essentiellement pratique, se recommande surtout par sa simplicité et sa clarté.

On y trouve exposés en quelques lignes : la grosse anatomie de l'oreille, l'examen de l'acuité auditive, toutes les causes des affections auriculaires ainsi que leurs symptômes, leurs conséquences possibles, et surtout leur *traitement préventif*; enfin pour les différents âges de la vie, des conseils d'hygiène, dont l'observation est si importante pour la conservation de l'ouïe.

En résumé, cet ouvrage donne les moyens de prévenir, dans la mesure du possible, le développement des affections de l'oreille et met à la disposition du praticien une médication simple, destinée à les arrêter dans leur évolution.

---

### TROISIÈME RÉUNION ANNUELLE DES OTOLOGISTES ET LARYNGOLOGISTES BELGES

*Présidence de M. le professeur SCHIFFERS.*

Compte rendu par le Dr O. LAURENT, de Bruxelles.

---

La séance est ouverte le 5 juin, à deux heures de relevée, à l'hôpital de Bavière de Liège.

Sont présents : MM. Andries (Anvers), Bayer (Bruxelles), Béco (Liège), Boval (Charleroi), Boland (Verviers), Capart (Bruxelles), Chaland (Liège), Delmarcel (Louvain), Delsaux (Bruxelles), Del-tanche (Bruxelles), Delie (Ypres), Eeman (Gand), Gouguenheim (Paris), Greift (Anvers), Hennebert (Bruxelles), Hicquet (Bruxelles), Janson (Liège), Koch (Luxembourg), Laurent (Bruxelles), Lecoq (Wasmès), Moll (Arnheim), Noquet (Lille), Rousseaux (Bruxelles), Rutten (Namur), Schiffers (Liège), Schleicher (Anvers), Schuster (Aix-la-Chapelle), Wagnier (Lille), et Wodon (Bruxelles).

L'assemblée décide que la prochaine séance aura lieu le premier dimanche de juin, à Gand, sous la présidence de M. le professeur Eeman.

M. SCHIFFERS. — *Présentation de malades.*

1<sup>o</sup> Voici un jeune homme, élève de l'Ecole des mines qui, il y a douze ans déjà, était atteint de *papillomes végétants du larynx*. Comme il existait une aphonie et une dyspnée plus ou moins prononcées, j'avais proposé l'intervention. Au bout de quelque temps, la trachéotomie dut, en effet, être faite d'urgence, le malade étant en asphyxie complète et en état de mort apparente. Les néoplasmes purent dès lors être extirpés d'une façon complète, en quelques séances, avec les pinces de Fauvel et de Mackenzie; après quoi, j'insufflai un mélange de poudre de sabine et de tanin. L'action de ces deux médicaments est à noter, mais je ne considère leur emploi que comme un adjuvant du traitement opératoire qui, pour moi, est de beaucoup le plus important. L'examen du malade, que j'ai l'honneur de vous présenter, prouve que l'affection est absolument curable, à condition d'enlever chirurgicalement, avec le plus grand soin, tout ce que l'on voit de la tumeur.

M. Delstanche. — Dans les affections végétantes de l'oreille, Lucé a proposé l'emploi de la sabine et de l'alun à parties égales.

M. Gouguenheim a observé un certain nombre de papillomes récidivants. Mais alors même qu'on a affaire à des papillomes récidivants et confluent, on peut arriver à une guérison définitive sous l'influence des frictions répétées de naphthol camphré, à la condition toutefois de faire l'ablation préalable à l'aide de la curette.

M. Hicquet a vu dernièrement un cas qui se reproduisait avec ténacité, disparaître après l'usage de l'acide chromique (qui avait déjà été préconisé par Bruus) en applications sur les cordes vocales, qui étaient complètement recouvertes de productions papillomateuses.

M. Gouguenheim. — Il n'est pas indifférent d'utiliser les frictions avec n'importe quel ou quel médicament; il arrive parfois que l'acide lactique, soit efficace dans certains cas où d'autres moyens restent sans résultat.

2<sup>o</sup> Cette dame est atteinte, depuis plusieurs années, d'une *dilatation circonscrite de la portion cervicale de l'œsophage*. La déglutition n'est pas troublée, elle est assez facile; il existe parfois de la régurgitation. Il arrive que la poche se remplit de masses alimentaires, devient pâteuse et qu'il se produise

une véritable rumination. J'ai prescrit l'acide chlorhydrique, qui rend la digestion plus facile. Mais à côté de cette altération, nous en rencontrons une seconde : c'est celle d'un goitre qui a son siège au côté opposé et qui était développée avant l'apparition de la première.

Nous savons que la pathogénie de la dilatation œsophagienne est encore assez discutée; la dilatation se fait par rétraction ou par propulsion. Notre cas appartient à la seconde variété. On sait aussi qu'on a considéré cette affection comme congénitale parce qu'elle occupe la même région que les fistules congénitales du cou. Notre cas doit être regardé comme consécutif au développement du goitre : le corps thyroïde exerce une compression et fait l'office d'une cravate comprimant la paroi digestive, qui se dilate en poche volumineuse.

On a proposé l'enlèvement de ces diverticules (von Bergman). Mais l'intervention n'est indiquée que dans les cas de troubles considérables.

3° Cet homme présente des *lésions spécifiques du larynx*. Nous les avons trouvées très prononcées alors qu'aucun autre organe n'était lésé. Le malade ne se plaint de gêne que depuis quelque temps; les douleurs ne sont pas bien accentuées, l'enrouement est peu prononcé. Mais l'épiglotte a disparu en grande partie; à la région aryténoïdienne droite, nous avons rencontré une ulcération à bords taillés à pic, et la corde vocale supérieure gauche était infiltrée.

Nous n'avons pu établir le diagnostic de syphilis que par exclusion, et le traitement en a été le criterium. Du reste, la période d'incubation a dû porter sur un grand nombre d'années, et les troubles accusés par le malade ne sont pas en rapport avec les constatations laryngoscopiques.

M. DELSTANCHE. — 1° *Injections intra-tympanales de vaseline liquide*.

Lors de notre précédente réunion, j'ai eu l'occasion de vous signaler les bons effets des injections intra-tympanales de vaseline liquide, pure ou additionnée d'iodoforme, dans les affections chroniques de l'oreille moyenne. Depuis lors, de nouvelles et nombreuses observations n'ont fait que confirmer l'excellence de cette méthode et son innocuité absolue. C'est ainsi que j'ai été amené à en étendre l'usage aux maladies aiguës de l'oreille moyenne, avec phénomènes douloureux, qu'il y ait ou non un épanchement à l'intérieur de la caisse, voire dans les cas d'ab-

céation imminente. J'ai recueilli un certain nombre d'observations d'hydropsies aiguës très douloureuses de l'oreille moyenne, avec congestion intense du tympan, où la paracentèse suivie d'injections massives *per tubam* a non seulement coupé la souffrance, mais arrêté net le processus, au point que deux à trois jours plus tard la régression du mal était complète ou à peu de chose près. J'ai vu aussi les injections de vaseline sans paracentèse préalable, suffire, dans des cas aigus, à apaiser non seulement la douleur, mais à provoquer définitivement l'élimination de l'exsudat dont la caisse était remplie, et cela souvent dès la première séance de traitement.

Enfin, les injections massives de vaseline saturée d'iodoforme m'ont rendu grand service dans le cas de suppuration opiniâtre de l'oreille moyenne, que nous avons vu maintes fois se développer à la suite de l'influenza, suppurations qui s'accompagnaient de douleurs d'oreille persistantes, parfois avec sensibilité et empatement de l'apophyse mastoïde, malgré l'existence d'une perforation du tympan donnant toute facilité aux sécrétions pour s'éliminer par le conduit. Mon confrère Noquet vient de me dire avoir eu recours, en pareil cas, à la même médication et en avoir, comme moi, constaté d'excellents résultats.

## 2° Présentation d'instruments.

1) *Sondes flexibles à mandrin caché.* Elles sont semblables, en de moindres proportions, aux sondes molles dont se servait Deleau pour le cathétérisme de la trompe d'Eustache ; mais au lieu du mandrin métallique que ce confrère poussait dans le canal de l'instrument pour lui donner la rigidité et la consistance voulues, et qu'il lui fallait retirer une fois la sonde en place, le mandrin est représenté ici par une tige de métal malléable dissimulée dans l'épaisseur de la paroi. Ces petites sondes conservent parfaitement la courbure qu'on juge à propos de leur donner, et elles doivent à leur grande flexibilité d'être d'un contact beaucoup moins désagréable que les tubes rigides, pour les parois des cavités où elles sont introduites. M. Delstanche les préconise surtout pour le lavage des perforations de la membrane Shrapnell et du sinus maxillaire.

2) *Obturateur du conduit auditif externe.* M. Delstanche se sert d'une perle en bois, de forme légèrement conique, et recouverte de caoutchouc. Ainsi, on évite de transmettre à l'oreille malade les sons qui proviennent de la main de l'opérateur.

3) *Porte-ouate spiroïde*, servant à la dilatation progressive

des narines ; s'introduit à l'aide de légers mouvements de rotation.

4) *Enleveur des crêtes de la cloison*. Cet instrument est à levier, et peut agir à volonté sur le côté droit ou gauche de la cloison. Il est formé de deux tiges : l'une est concave et présente sur sa concavité des dentelures qui servent à la fixer ; la seconde tige est coupante et doit être appliquée contre la paroi à enlever.

5) *Raréfacteur modifié*. La modification consiste dans la substitution aux soupapes en baudruche de soupapes métalliques d'un genre tout nouveau, offrant beaucoup plus de résistance et pouvant fonctionner indéfiniment, s'il ne s'y introduit pas de poussière et si on a soin de les humecter de temps à autre de vaseline. En vue de satisfaire à un desideratum qui lui a été signalé par plusieurs confrères, mais dont il n'a jamais été frappé lui-même, il a muni le dernier modèle de son raréfacteur à double effet d'un arrêt, permettant de limiter à volonté le champ de course du piston.

M. SCHUSTER. — *De l'angine mercurielle*.

L'angine est produite par refroidissement, ou par la propagation d'affections buccales, pharyngiennes, par des maladies infectieuses, la diphthérie, la scarlatine ou la syphilis, les intoxications chimiques, par l'iodure de potassium qui peut la provoquer après la première dose. Mais je crois que le mercure en est aussi une cause fréquente ; nous pourrions dénommer cette variété, « angine mercurielle ». Elle s'observe souvent pendant le traitement par les frictions mercurielles. Dans certains cas, on peut se demander si l'affection est spécifique ou accidentelle, et il peut être difficile et même impossible de le déterminer. Dans certaines conditions, on est obligé de cesser le traitement, ce qui amène une amélioration de cette lésion ; dès lors, la courbature, la fièvre, la gêne de la déglutition s'amendent. J'ai observé que si l'angine se développe sous l'influence du traitement mercuriel sans qu'aucune autre affection soit manifeste, et qu'on écarte les piliers, il sort, en comprimant les amygdales, une sorte de masse sanguine avec concrétions, surtout au niveau des follicules amygdaliens de la surface libre de l'organe. La forme spéciale que je décris est caractérisée par la formation de concrétions situées dans les cryptes, derrière l'arc palatin antérieur ; en les ouvrant, on découvre des grains caséux qui sortent au nombre de 3, 4 ou 6. L'enlèvement de ces masses fait disparaître les troubles locaux. Si l'on continue à

presser, on obtient un écoulement de sang. Ajoutons que si l'on abandonne ces masses à elles-mêmes, on peut observer des phénomènes ressemblant à la diphthérie.

M. KOCH. — *Corps étranger du larynx*. (Voir page 537 dans ce numéro.)

M. CAPART. — 1° *De l'emploi de l'électrolyse dans les fibromes naso-pharyngiens*.

Le nommé T... a été atteint de végétations pharyngiennes dont il a été complètement guéri. Dans la suite, il s'est développé une tumeur de la partie postérieure des fosses nasales occupant tout le pharynx et s'étendant jusqu'à la base de la langue. Tous les traitements employés sont restés sans résultat. Mais l'emploi de l'électrolyse a eu le plus plein succès, car il n'existe plus qu'un petit fragment du polype à la base du crâne.

Comme méthode, j'ai d'abord recouru à l'électrolyse bipolaire, deux aiguilles étant introduites soit dans le pharynx soit dans le nez. Actuellement je fais usage de l'électrolyse unipolaire, un électrode dans le pharynx, l'autre sur l'avant-bras gauche. Les séances sont répétées toutes les semaines et se prolongent de quinze à vingt minutes; je me sers des piles Leclanché et du galvanomètre de Reiniger d Erlangen; au début, le malade ne supportait que 10 milliampères, j'en suis arrivé à 25.

M. HICGUET. — La puissance des appareils varie avec leur origine; aussi faut-il spécifier nettement ceux dont on fait usage.

M. GOUGUENHEIM. — Les applications du traitement électrolytique m'ont fourni l'occasion d'observer des faits intéressants. J'ai eu à traiter, par cette méthode, des cas de crête de la cloison, des éperons osseux et ostéo-cartilagineux, ainsi qu'un cas de fibrome naso-pharyngien avec prolongement du côté du nez. J'ai remarqué que l'électrolyse unipolaire était lente dans son action. Mais la méthode bipolaire est beaucoup plus rapide; en raison de la suppression des résistances, elle permet d'arriver, en peu de temps, à 20, 25 milliampères et quelquefois au delà, en employant seulement quelques éléments de la pile de Chardin.

J'ai traité, ai-je dit, des cas de crêtes (ostéo-cartilagineuses) de la cloison par la méthode bipolaire; dans l'un d'eux surtout j'ai obtenu un résultat excessivement rapide, la crête a même fait place à une perforation assez considérable de la cloison. Le

temps d'application variait entre cinq et dix minutes. L'effet est donc brutal, considérable.

Pour le traitement du fibrome naso-pharyngien, il suffit de quelques éléments pour obtenir 20 à 25 milliampères, les séances de cinq minutes. J'ai été pourtant obligé de revenir à la galvanocaustique dont je redoutais les effets à cause de la vascularité du tissu néoplasique; j'ai pratiqué la section en deux ou trois séances, de manière à ne pas déterminer d'hémorragie. Ce fait me permet de conclure qu'il y a des exagérations dans les applications de la méthode bipolaire aux fibromes rhino-pharyngiens, n'ayant pas réussi par ce moyen.

Puisqu'il faut spécifier les instruments que j'ai employés, je dirai qu'il s'agissait des piles de Chardin, à courant continu, au bisulfate de mercure et du galvanomètre de Chardin. Quelques éléments suffisaient pour me donner le nombre de milliampères que je n'obtenais qu'avec 10 et 15 éléments lorsque j'employais la méthode unipolaire.

#### 2° Cas de mycose pharyngée.

Le chapitre de la mycose pharyngée présente encore plusieurs points obscurs, bien que, dans ces dernières années, il ait été publié, à ce sujet, des faits importants. A côté des aphtes, du muguet, de l'angine pultacée, de la diphtérie, de la mycose amygdalienne, on rencontre des cas qui ne rentrent pas dans le cadre pathologique ordinaire. Dans plusieurs d'entre eux, on trouve des dépôts du côté de la langue, il existe de la douleur et le traitement est peu efficace; dans les derniers temps, la langue se montre comme pelée. Dans d'autres, à côté de symptômes purement locaux, on constate des phénomènes généraux.

Voici le résumé des trois cas que j'ai observés.

Le premier malade n'avait présenté au début que des phénomènes oculaires, qui avaient fait croire à un empoisonnement par la belladone; puis survinrent des phénomènes du côté de la gorge. Au niveau de la paroi postérieure et sur les choanes, sur les amygdales, sur la base de la langue, on trouve des fausses membranes qui baignent dans un mucus très adhérent. De plus, le malade ne voit plus de près et ne parvient plus à lire. Je me livre alors à un examen approfondi au point de vue de l'origine de l'affection, et j'apprends que les pigeons de la maison habitée par le malade mouraient presque tous. En pratiquant l'autopsie de ces animaux je découvre, dans la gorge, un enduit grisâtre, peu adhérent, présentant la même structure que celui que porte le patient. Je prescrivis des



injections détersives, des astringents, des antiseptiques, mais sans obtenir de résultat. Il suffit alors d'un séjour de quelques semaines à Ostende pour amener la guérison.

Mon deuxième malade est le père d'un avocat qui avait assisté à une partie de chasse et y avait mangé un pâté de perdreaux. Dès la nuit suivante se déclarèrent des symptômes graves, des vomissements, de la diarrhée, faisant penser à un véritable empoisonnement. Le lendemain, le malade se plaint de sécheresse de la gorge, de difficulté de la déglutition, d'impossibilité de lire et de voir de près. L'examen de la gorge me fournit les mêmes constatations que dans le premier cas : elle est couverte de plaques plus ou moins arrondies, blanchâtres, reposant sur un fond rouge, et envahissant les piliers, les amygdales et la paroi postérieure du pharynx. Ces lésions disparaissent en très peu de temps.

Chez le troisième malade, le fils du précédent, il n'en est pas de même : la guérison n'est obtenue qu'au bout de six mois.

Les instillations d'ésérine avaient procuré une certaine amélioration du côté de la vue. Le symptôme qui persista le plus longtemps fut la dysurie.

De l'observation de ces faits, je conclus qu'il existe dans le pharynx et la cavité buccale une affection microbienne, voisine de la diphthérie et pouvant produire des symptômes paralytiques du côté de l'œil, du pharynx et de la vessie.

On a attribué aux oiseaux la plupart des symptômes diphthériques que présentent les malades. En interrogeant les malades porteurs d'angine pultacée avec enduits siégeant du côté du pharynx et de la base de la langue, on apprend souvent qu'ils ont été en contact avec des oiseaux.

M. *Delstanche*. — J'ai vu une dame qui présentait depuis quelques jours des phénomènes d'angine pseudo-membraneuse : dans sa basse-cour, il s'était déclaré une affection diphthéritique.

M. *Eeman* demande quels sont les caractères différentiels entre ces exsudats et la diphthérie chronique du pharynx.

M. *Capart*. — Dans cette dernière nous avons du strabisme et de la paralysie du voile ; jamais la diphthérie ne s'accompagne de paralysie des deux pupilles et de la vessie ; de plus, la paralysie y est tardive ou elle éclate d'emblée.

M. *Gouguenheim* fait remarquer que le pâté est un mets bien cuit. Aussi son influence pathogénique est-elle peu compréhensible.

M. Capart. — On peut émettre un doute sur la contagiosité du mal, sur les rapports des deux faits. Mais leur coïncidence est à signaler.

M. Schiffers. — La diphthérie se montre avec des caractères divers : elle est légère, plus ou moins grave ou très grave. Il y a des cas de diphthérie chronique existant depuis des mois, et donnant naissance à des phénomènes paralytiques. L'affection est une intoxication virulente, différente de la pharyngo-mycose, laquelle ne cause pas de troubles bien graves et qui reste essentiellement locale. L'examen microscopique tranche du reste le problème. Les cas de M. Capart me paraissent plutôt se rapporter à la diphthérie, avec peut-être une certaine variation symptomatique, que l'on peut attribuer à une différence d'origine ; je crois donc à une forme anormale de diphthérie. Quant au pronostic, il est impossible de le déterminer au préalable d'une manière nette.

M. DELIE. — *Cas d'acné rosacé hypertrophique. Rhinoplastie.*

Communication verbale, très concise, d'un fait thérapeutique fort intéressant que l'auteur se propose de lire *in extenso* et avec tous les développements nécessaires devant la Société de chirurgie de Paris.

M. HIGUET. — *Un cas d'abcès de la trachée.*

Ces cas sont assez rares ; M. le Dr Jacobs en a publié une observation dans la *Presse médicale*. Celui que j'ai rencontré se rapporte à un homme âgé de 35 ans, qui avait séjourné pendant longtemps dans les pays chauds ; il avait de la diarrhée et présentait un affaiblissement considérable, de l'aphonie, mais pas de gêne respiratoire. A l'examen laryngoscopique, la corde vocale gauche se montrait paralysée. Pas de traces de tuberculose. Quinze jours après, le malade fut pris d'un violent accès de suffocation ; je trouvai une sténose laryngée avec expectoration très faible ; mais la suffocation n'existait qu'à l'expiration, l'inspiration était libre, alors que l'expiration provoquait un véritable mouvement de soupape. L'examen laryngoscopique montra que les trois à quatre premiers anneaux de la trachée n'offraient rien de particulier ; je pensai à une tuméfaction trachéale, obstruant ce conduit pendant l'expiration : la rapidité avec laquelle les phénomènes s'étaient développés me permettait de repousser l'idée d'une tumeur. Mais comme le malade était très affaibli et était presque râlant, je jugeai la trachéotomie inutile. Le lendemain, pourtant, il rendait un vase de muco-pus mélangé de

bulles d'air et la respiration était devenue complètement libre. L'examen que je fis faire du pus ne permit pas d'y trouver de bacilles ; l'auscultation et la percussion restaient négatives ; de plus, pas de traces de syphilis signalée par Gerhardt. Le malade mourut trois à quatre jours après : l'autopsie ne put être faite. Je crois pouvoir conclure, de l'examen des phénomènes, à un abcès de la trachée.

*M. Delie.* — N'existait-il pas de ganglion bronchique suppuré ?

*M. Hicquet.* — La corde vocale gauche était paralysée ; en exerçant de la compression de ce côté, on déterminait de la douleur. Il s'agissait peut-être d'une adénite suppurée ; je n'ai pourtant pas trouvé de ganglion.

*M. Eeman* a publié l'observation d'un enfant, chez lequel un abcès ganglionnaire de la trachée avait déterminé la mort subite, alors qu'il n'avait jamais présenté aucun phénomène antérieur.

*M. Gouguenheim.* — La paralysie du nerf récurrent fait penser à une compression préalable.

*M. Hicquet.* — Dans certains cas, on trouve les anneaux de la trachée dans la poche abcédée. Gerhardt est d'avis qu'il s'agit d'une affection syphilitique ; ce n'était pas le fait pour mon cas.

*M. Gouguenheim.* — Les ganglions pérित्रachéens sont assez nombreux. En raison de la paralysie du récurrent, il n'est pas improbable que M. Hicquet ait eu affaire à un ganglion trachéen suppuré comprimant le nerf.

*M. Béco.* — Les abcès des ganglions bronchiques donnent toujours lieu à une quantité considérable de pus et cela au point que l'on croirait à la tuberculose ; les malades deviennent cachectiques mais finissent par guérir. Il y a quelques années, j'ai vu un homme de 60 ans, présentant de la gêne de la déglutition, mais pas de douleur ; il présentait un peu de fièvre et d'embarras gastrique. Deux jours après, survint un accès de suffocation au milieu duquel il rendit 200 grammes de pus. Un examen minutieux, l'auscultation et la percussion restèrent négatifs. A ce moment survint une aphonie avec hyperémie du larynx tout entier, et une paralysie de la corde vocale gauche. Pendant huit jours, ce malade continua à cracher 200 grammes de pus par 24 heures. Dans un deuxième cas, le diagnostic avait été fait par Péter, qui avait pensé à une lésion des ganglions bronchiques

en l'absence de tout signe d'auscultation ; ce patient rendit également du pus.

M. Boland. — Un enfant de 7 ans présentait un tirage très prononcé : on incisa la trachée et il sortit une cuillerée de pus. Guérison au bout de quelques jours.

M. Schiffers a vu une pleurésie purulente enkystée ayant déterminé une sténose complète de l'œsophage. Cette affection est parfois méconnue. Quant aux adénites péri-bronchiques suppurées, elles tiennent à un mauvais état général, ce qui fait que la guérison n'est pas aussi rapide.

M. EEMAN. — *De la recherche de l'acuité auditive par la voie osseuse, au moyen des diapasons.*

En trouvant l'épreuve de Corradi rangée à côté de celle de Weber, de Rinne, etc., dans le traité d'otologie de Bürkner, je me suis demandé si elle avait des titres suffisants pour prendre place parmi les procédés classiques. J'ai examiné à ce point de vue 50 personnes, prises au hasard, soit 100 oreilles.

Dans un premier groupe de 66 qui étaient absolument normales, j'ai obtenu 50 fois des résultats négatifs ; 7 cas ont donné des résultats positifs, il y eut sensation secondaire, mais d'une durée très faible, d'une fraction de seconde, et jamais le phénomène ne put être constaté en répétant l'expérience. Dans deux cas seulement, l'épreuve a été nettement positive, mais la sensation secondaire a été unique et n'a duré que deux à trois secondes.

Donc : les résultats positifs, loin d'être fréquents, s'observent dans des cas exceptionnels, soit 3 0/0.

Dans un deuxième groupe de 34 oreilles représentant les maladies les plus variées, je n'ai jamais eu de résultat nettement positif, rarement une perception secondaire, unique, non répétée, d'une fraction de seconde.

Donc, lorsque la sensation secondaire se produit, elle est de courte durée et unique. De plus, l'épreuve de Corradi n'a pas, au point de vue de la localisation des lésions anatomiques, causes de la surdité, la valeur diagnostique qu'on a voulu lui attribuer.

Dans toutes ces recherches, M. Eeman s'est servi du diapason *la* du Conservatoire de Paris, et *ut* de la même octave.

Si l'on mesure maintenant l'acuité auditive par la *voix murmurée*, on observe deux groupes de faits. Dans un premier, la limite de la zone d'audition est nette, facile à déterminer, la zone

où tout est entendu fait assez brusquement place à celle où rien n'est entendu. Elle s'étend en général jusqu'à trois mètres. Dans la deuxième catégorie, les différences sont difficiles à noter, nous avons une « zone douteuse », vague ; il existe entre la zone d'audition et la zone de silence, une zone douteuse où quelques mots seulement sont entendus, d'autres pas. Elle peut mesurer plusieurs mètres.

Bien que ses recherches à ce sujet ne soient pas terminées, M. Eeman croit pouvoir attribuer à l'existence de cette zone douteuse une valeur au point de vue du pronostic ; une zone douteuse étendue légitime un mauvais pronostic. Peut-être l'existence de cette zone douteuse a-t-elle aussi une valeur diagnostique ? La zone douteuse existerait surtout dans les cas d'otite moyenne scléreuse avancée, ayant entraîné des altérations de l'appareil nerveux et les affections labyrinthiques primaires.

M. Delstanche. — Si l'épreuve de Corradi, au sujet de laquelle je n'ai pas fait d'expériences personnelles, n'est sortie victorieuse du contrôle auquel l'a soumise notre confrère Eeman, celui-ci aura, je crois, plus sujet d'être satisfait des résultats fournis par un autre procédé d'investigation à l'aide du diapason et basé, lui aussi, sur la perception secondaire. Je veux parler de l'épreuve de Bing.

Lorsque chez un sujet dont l'ouïe est normale, on place un diapason de tonalité moyenne sur la ligne médiane du crâne et qu'aussitôt le son éteint, on bouche l'un des conduits avec le doigt, le son se perçoit à nouveau et pendant plus ou moins longtemps du côté de l'oreille bouchée. Si cette perception secondaire est diminuée ou abolie, il y a lieu, d'après notre savant confrère de Vienne, d'en inférer un désordre de l'appareil de transmission, et cela avec d'autant plus de fondement que la perception primaire aura persisté plus longtemps. J'ai vérifié la parfaite exactitude du fait avancé par M. Bing. De plus, il résulte d'expériences que j'ai instituées depuis quelque temps sur un nombre assez grand de personnes, que cette épreuve peut, selon moi, trouver d'utiles applications diagnostiques dans les cas de surdités unilatérale. Ainsi si, en cas d'affection unilatérale, la perception secondaire du diapason a lieu du côté malade, et c'est ce que nous avons constaté presque sans exception, lorsque l'on bouche l'oreille saine, il y a de fortes présomptions en faveur d'une affection localisée dans l'oreille moyenne. Par contre, si le renforcement se produit du côté

bouché (oreille normale), la surdité peut être considérée comme due en totalité, ou du moins en partie à une lésion labyrinthique. Trois fois seulement sur une centaine d'expériences environ, et alors qu'il s'agissait d'une affection bornée à l'oreille moyenne, nous avons vu le son se renforcer du côté non lésé.

Il va de soi que je ne donne ces résultats qu'à titre de renseignement et que je n'ai d'autre but, en vous les faisant connaître, qu'à vous engager à pousser également vos recherches dans cette direction.

M. NOQUET. — *Démonstration histologique d'une tumeur nasale.*

L'année passée, à la même réunion, j'ai présenté une tumeur papillomateuse qui provenait de l'extrémité postérieure du cornet inférieur gauche; elle avait le volume d'une mirabelle, était muriforme, rose, d'aspect framboisé. J'avais cru à l'existence d'un papillome. Mais l'examen microscopique pratiqué par MM. Lemoine, de Lille, et Laurent, de Bruxelles, a montré qu'il s'agissait d'un polype myxomateux.

Les papillomes vrais des fosses nasales sont rares. Il ne faut pas les confondre avec les tumeurs à aspect papillomateux qui se développent surtout dans le méat inférieur ou sur le cornet inférieur. Je suis porté à croire que le passage de l'air n'est pas sans exercer quelque action sur l'aspect que prennent ces productions.

On sait d'ailleurs que les tumeurs du bas-fond de la vessie deviennent facilement papillaires.

M. RUTTEN. — *Présentation d'une pièce pathologique.*

Cette pièce est constituée par un petit osselet, par l'extrémité libre du manche du marteau; je l'ai rencontré, au milieu d'un caillot sanguin, chez un homme qui souffrait d'écoulement depuis quelque temps. L'ouïe est redevenue normale.

M. MOLL. — *Trépanation de l'apophyse mastoïde.*

L'année passée, à cette réunion, M. Guye a rapporté la relation de deux cas de perforations de l'apophyse mastoïde, dans lesquels l'épanchement se fait entre les fibres musculaires de l'aponévrose profonde du cou, et qui se terminent par un abcès rétro-pharyngien, etc. Cette variété de perforation n'est pas aussi rare qu'on le croit, car je l'ai rencontrée deux fois. Mon cas présente ceci de particulier qu'il n'a aucun caractère de chronicité et qu'il est consécutif à l'influenza.

Il se rapporte à un homme de 50 ans, ayant eu l'influenza en

décembre dernier. Dix jours après, otorrhée droite. Le 4 janvier, céphalalgie, surtout temporale, audition de la voix élevée à 5 centimètres, épreuve de Rinne négative; en outre, perforation du tympan. Les apophyses mastoïdes sont normales. Je pratique la paracentèse à gauche et agrandis la perforation à droite. Lavages intra-tympaniques *per tubam*. Amélioration, mais quinze jours après, douleurs à l'apophyse droite et gonflement, qui ne cède pas au traitement institué. Le 15 février, tuméfaction de l'apophyse à la région inférieure, s'étendant bientôt jusqu'à la fosse rétro-maxillaire. Pendant ce temps, l'autre oreille est revenue à peu près normale. Le 10 février, trépanation : décollement du périoste, l'os, qui est normal et dur, est perforé à 1 centimètre de profondeur, je parviens aux cellules, ou plutôt je pénètre dans une substance spongieuse et congestionnée que j'enlève avec la curette. Je me dirige alors vers le bas, je résèque l'os après détachement des parties molles et j'ouvre l'abcès. Injection et drainage. Cette intervention est suivie d'amélioration, mais, quelque temps après, à la suite d'un refroidissement, se déclare une rechute de l'oreille opposée, où la région inférieure de l'apophyse se tuméfie et s'accompagne de paralysie du nerf facial. J'ouvre également cette apophyse, et cela, comme dans le premier cas, sans m'occuper de l'antre mastoïdien, attribuant la paralysie à la compression du nerf au niveau du trou stylo-mastoïdien : opération identique à la première (méthode de Bezold), puis raclage et tamponnement à la gaze iodoformée. Les phénomènes douloureux et paralytiques persistent, je trépane l'antre mastoïdien.

Actuellement : audition de la voix élevée à 10 mètres, de la voix basse à 3 mètres ; la paralysie faciale, soumise au courant induit, a à peu près disparu.

Je désire surtout attirer l'attention sur les périodes d'amélioration rencontrées au cours de cette maladie. M. le professeur Politzer a insisté déjà sur ce fait (v. *Annales des Maladies de l'oreille*, mai 1891) : il a observé plusieurs cas dans lesquels les symptômes, douleur, hyperémie locale, fièvre, avaient disparu pendant quelque temps, et où les phénomènes de perforation de l'apophyse reparaissaient brusquement avec une violence telle que l'opération devait être pratiquée d'urgence.

Autre fait. Ainsi que l'a fait remarquer M. Politzer, il ne suffit pas de la présence du pus dans les cellules mastoïdiennes pour déterminer l'abcès mastoïdien ; la véritable cause est l'inflam-

mation du revêtement muqueux. Or, les cellules communiquent avec l'antre par des conduits étroits et la rétention est facile : il faut donc intervenir de bonne heure.

M. LAURENT. — *La trépano-ponction de l'antre pétreux chez l'enfant.*

La dénomination d'antre pétreux donnée par Poirier à l'antre mastoïdien doit être conservée, parce qu'il existe à la naissance avec des dimensions à peu près égales à celles qu'on rencontre chez l'adulte, qu'il se développe au dépens de la portion pétreuse du temporal et que l'apophyse mastoïde n'existe pas chez le nouveau-né.

L'antre peut être le siège de suppuration, soit primitive, soit consécutive aux lésions de la caisse, le pus s'accumulant dans cette dernière cavité, dans l'attique ensuite, et passant par l'*aditus ad antrum* dans l'antre. Or le conduit pré-mastoïdien que j'appellerai antro-tympanal, prend naissance à la partie supérieure de l'antre, condition défavorable à l'évacuation du pus. En outre, chez l'enfant, il peut exister des traces de la membrane inter-antro-tympanale.

Supposons une rétention purulente dans cette région. On fait la paracentèse par exemple, on évacue une certaine quantité de pus, mais les phénomènes inflammatoires ne s'amendent pas. C'est dans ces conditions surtout qu'on pourra faire avec fruit une ponction exploratrice, et à l'aide d'un procédé spécial, introduire du même coup une canule permettant des lavages antiseptiques.

Voici l'instrument et le *modus operandi* que je préconise dans ce but.

Comme le démontrent ces coupes, la cavité est située un peu au-dessus du conduit auditif osseux, au niveau de son angle postéro-supérieur, à 2, 3, 4 millimètres et plus de distance suivant les âges. Il est dès lors facile d'y pénétrer et cela sans accident; le canal semi-circulaire horizontal n'est en rapport qu'avec la paroi interne du conduit antro-tympanal, et le nerf facial est situé en dessous de la région. (Chez l'adulte, l'épaisseur de la paroi osseuse est en général trop considérable pour rendre le procédé largement applicable).

L'instrument est constitué par une tige perforante, à extrémité tranchante, taillée en biseau. La tige porte deux canules : la première, plus longue, canule d'introduction, est munie d'une plaque qui facilite l'action du doigt ; la deuxième, courte, con-



struite d'après les dimensions appropriées (une série de quatre est nécessaire), et munie d'une plaque d'arrêt, est placée au bout de la première, et entoure l'extrémité de la tige, à part la partie coupante; c'est la canule à drainage.

Pour l'introduire, on saisit l'instrument de la main droite, on en porte l'extrémité sur l'angle postéro-supérieur du conduit auditif (osseux point de repère facile à sentir), en la dirigeant en arrière et en dedans; on imprime à la tige quelques mouvements de rotation, et la pénétration se fait facilement, alors même que l'os n'est pas ramolli; la plaque d'arrêt de la canule à drainage ne permet de pénétrer qu'à la profondeur désirée. A l'aide du pouce, on fait avancer la canule d'introduction, qui refoule la première, et celle-ci reste en place au moment où l'on retire le trocart. On a pratiqué de la sorte une ponction exploratrice; si le pus n'apparaît pas, on peut faire l'aspiration avec un instrument *ad hoc* (l'aspirateur injecteur que j'ai fait construire, celui de Delstanchel légèrement modifié, la seringue d'Anel épaissie à l'extrémité), on procède ensuite aux injections antiseptiques. Il restera à voir, dans quelques cas, s'il y aura lieu à recourir à une opération plus considérable.

M. BAYER. — 1° *Epithélioma primitif du larynx. Laryngectomie; application d'un larynx artificiel.*

Un homme de 60 ans se présenta chez moi avec une sténose presque complète du larynx. A l'examen laryngoscopique je constatai qu'elle était produite par des tumeurs végétantes du larynx. Je fis l'extirpation d'un fragment et en soumis l'examen microscopique à M. le Dr Laurent, de Bruxelles, qui diagnostiqua un épithélioma pavimenteux, à globes épidermiques. Deux jours après, j'essayai l'extirpation d'un nouveau fragment, dans le but d'obtenir quelque amendement des phénomènes, mais une hémorragie survint et je fis le tubage du larynx, que je dus faire suivre, peu après, de la trachéotomie. De nouveaux accès de suffocation survinrent le lendemain et la nuit suivante: la canule trop courte était sortie de la trachée et avait permis la fermeture de la plaie; j'en introduisis une nouvelle. Accalmie complète. Quinze jours après, M. le Dr Lavisé, chirurgien de l'hôpital Saint-Jean, dut pratiquer la laryngotomie, puis, celle-ci étant reconnue insuffisante, à cause de l'envahissement du néoplasme, la laryngectomie. Après l'opération, une sonde œsophagienne fut laissée à demeure. La plaie se cicatrisa rapidement et sans incident. Aussi, quatre semaines après, fut-il possible

d'appliquer un larynx artificiel Gusserbauer, ce qui permit au malade de parler d'une façon suffisamment intelligible. Mais, au bout de trois mois, survint une récidive et il mourut subitement.

2° *Ulcérations typhiques pharyngées.*

La fièvre typhoïde débute rarement par l'envahissement des voies respiratoires, et les laryngologistes surtout n'ont guère l'occasion d'observer le fait. Voici ce qui survient dans ces conditions. Les muqueuses nasale, naso-pharyngienne, pharyngo-laryngée, trachéale, tubaire, intra-tympanique peuvent montrer une injection inflammatoire. J'ai vu un cas débiter par une angine folliculaire. Puis, on observe des ulcérations superficielles du côté des piliers, du voile du palais, de la luette, constituant de petites pertes de substance ovalaires, circulaires, à bords découpés, peu profondes, s'étendant tout au plus jusqu'à la couche musculaire, mais ne s'accompagnant pas d'exsudat. Elles sont peu graves par elles-mêmes et disparaissent vers la fin de la troisième semaine.

Mais elles présentent de l'importance au point de vue du diagnostic et du pronostic. Leurs caractères ne permettent pas de les confondre avec des ulcérations tuberculeuses, aphteuses ou autres, puis elles renferment le bacille typhique. Pour ce qui est du pronostic, elles indiquent un état grave (Vouwiller). J'ai eu du reste l'occasion de me convaincre de ce fait par l'observation d'un cas qui s'était montré chez un confrère et qui se termina par la mort.

La lésion la plus fréquente du larynx est ce que l'on appelle communément le catarrhe : cet organe offre de la rougeur du vestibule, une desquamation épithéliale, des plaques furfuracées à l'épiglotte, aux replis aryténoïdiens et ary-épiglottiques. En envahissant les parties profondes, ces ulcérations donnent lieu aux symptômes du laryngo-typhus. D'après Landgraf, la présence de lésions laryngées n'implique nullement une affection grave.

M. Gouguenheim. — J'ai vu beaucoup de typhiques dans mon service hospitalier, mais je n'ai rencontré que très exceptionnellement ces cas d'ulcérations (décrits par Duguet) : on peut donc les regarder comme étant très rares.

M. ROUSSEAU. — *Instrument nouveau pour les éperons de la cloison.*

Heymann, Hartmann et d'autres, emploient, dans certains cas de déviation, des gouges de formes et de grandeurs variées, à

l'aide desquelles ils sculptent la partie saillante, c'est-à-dire les éperons que l'on rencontre fréquemment à l'union du cartilage et du cadre osseux. C'est dans le but de diriger l'incision que nous avons fait fabriquer l'instrument que nous avons l'honneur de vous présenter.

Il se compose d'une branche fenêtrée à rainures, dans lesquelles peut glisser une gouge; cette partie de l'instrument rappelle l'amygdalotome de Mackensie. L'autre branche est une simple tige terminée par une petite plaque mobile. Celle-ci s'introduit dans la narine et sert à fixer la branche fenêtrée introduite de l'autre côté.

Nous avons opéré récemment un jeune homme atteint d'un éperon cartilagineux de la cloison du côté gauche, à l'union du cartilage quadrangulaire avec l'apophyse palatine du maxillaire supérieur. L'opération a bien réussi.

Nous nous permettons de faire remarquer qu'en faisant construire cet instrument, que nous pourrions appeler « septotome », nous avons uniquement eu en vue d'améliorer un procédé, sans vouloir combattre l'électrolyse, méthode qui nous paraît la meilleure. Nous voulons parler de la méthode bi-polaire (décrite récemment par Moure et Bergonié).

M. *Delstanche*. — Je trouve votre instrument trop grand : peu de malades en supportent l'application. De plus, comment agirez-vous, si l'éperon touche le méat inférieur ?

M. *Rousseaux*. — La branche fenêtrée a 15 millimètres de hauteur, mais on peut, sans inconvénient, la réduire à 9 ou 10 ; dans ces conditions, la surface de section mesurera encore 7 ou 8 millimètres de haut en défalquant les 2 millimètres des rainures. Que si l'éperon est très saillant, je fais la dilatation de la narine (au besoin même avec l'instrument que vous venez de nous présenter).

M. *Hicquet*. — La branche fenêtrée a déjà été appliquée. Mais l'instrument est original en ceci, que la seconde branche prend un point d'appui dans la narine opposée et fixe l'instrument.

M. *WAGNIER*. — *Pemphigus bulleux du larynx*.

Le cas suivant, que j'ai observé l'année dernière, se rapporte à un homme de 63 ans, bien portant et ne présentant pas d'antécédents héréditaires ; pas de manifestations cutanées, pas de syphilis. Un jour, il présente de la fièvre, de la gêne de la déglutition, et la voix devient rauque. A l'examen, je découvre deux grosses bulles, l'une située sur la région gauche de l'épi-

glotte, l'autre à la base du cartilage aryténoïde, couvrant à peu près la moitié de la glotte : leur surface est lisse, elles se montrent sous l'aspect d'une perle assez claire, luisante. La fièvre cesse, mais les piliers deviennent plus enflammés. Je fais alors la ponction de la première bulle, mais les mouvements de déglutition ne me permettent pas d'observer le liquide qui en sortit ; le lendemain, la bulle laryngée s'ouvre spontanément. Au bout de quelques jours, la guérison est complète. S'agit-il, dans l'espèce, de pemphigus chronique ? Je ne saurais me prononcer à cet égard.

Ces cas sont assez rares : les seuls qui aient été rapportés et où a été fait l'examen laryngoscopique, appartiennent à Schrötter, à Neumann et à Seebriger. Je crois pourtant à un pemphigus aigu, correspondant à l'érythème polymorphe d'Hébra, à cause de l'évolution aiguë du mal et de l'absence de récidence muqueuse ou cutanée.

M. WODON. — *Cas de nasonnement.*

Un homme de 28 ans présentait un nasonnement datant de l'enfance. Le cornet inférieur droit était obstrué ; la rhinoscopie postérieure était impossible à cause du volume énorme de la luette, le voile faisait saillie en avant. Le toucher de l'arrière cavité était difficile, il me permit cependant de constater l'existence d'une petite tumeur dépendant de la choane droite, avec direction vers la gauche. Je commençai par désobstruer la narine droite à l'aide du galvanocautère. Le malade put bientôt prononcer toutes lettres, à l'exception de R, K et Q. Je lui fis alors construire un appareil maintenant les fosses nasales dilatées et il arriva à prononcer R. Quelques séances d'électricité suffirent à rendre aux ailes leur élasticité. Comme le pilier postérieur restait volumineux et se dirigeait vers la ligne médiane, j'eus l'idée d'appliquer le traitement galvanocaustique, si efficace dans les hypertrophies de l'amygdale. Cela était d'autant plus nécessaire que la prononciation des lettres K, Q et C laissait à désirer ; l'aiguille fut placée sur chaque côté du voile. Huit jours après, le résultat était parfait.

M. BOVAL. — *Ablation d'une tumeur naso-pharyngienne.*

Le 18 février dernier, se présente à ma consultation un jeune homme, âgé de 20 ans, n'accusant aucune douleur, mais se plaignant d'obstruction de la narine gauche, datant de deux mois. Gêne respiratoire depuis cinq mois, épistaxis parfois abondants lorsque le malade se mouche ; suffocations nocturnes.

A l'examen rhinoscopique je constate, du côté droit, une légère déviation de la cloison, et une diminution de profondeur de la fosse gauche. En outre, pendant la déglutition, le soulèvement du voile est plus visible à droite. Le stylet me révèle la présence d'une tumeur dure, mobile, insérée en haut et en arrière à la base du crâne. A l'aide du miroir, je vois une tumeur gris rosée et lobulée. Ce toucher me permet de circonscrire une tumeur polypeuse, dure, pédiculée, mobile, occupant la moitié droite du cavum pharyngien et ayant à peu près le volume de la phalange du pouce.

Au point de vue opératoire, on peut diviser les tumeurs en : 1° dures; 2° molles; 3° pédiculées; 4° largement implantées; 5° mobiles; 6° adhérentes aux tissus voisins. Comme procédés, nous avons : 1° les procédés directs; 2° les procédés indirects nécessitant des résections temporaires partielles ou totales pour faciliter l'accès de la cavité, soit par la voie buccale (Gussenbauer), soit par la voie nasale (Chassaignac, Bruns, Langenbeck), soit par la maxillaire (Syme, Maisonneuve, Langenbeck, Michaux). Actuellement on ne recourt à ces procédés que dans les cas de tumeurs volumineuses où les procédés directs sont impuissants, ou dans les cas de néoplasmes adhérents.

Les procédés directs sont le curettage, la section, l'arrachement, l'électrolyse, la galvanocaustie. Les tumeurs molles, largement implantées (végétations adénoïdes) sont justiciables du curettage (Gottstein, Delstanche, Rousseaux), ou de la section (Chatellier). Pour les tumeurs dures, l'arrachement convient en général fort peu; on donnera la préférence à l'anse galvanocaustique ou à l'électrolyse. Mais le premier procédé est plus rapide et n'offre guère plus de danger, si l'on a soin de chauffer l'anse au rouge sombre et de la resserrer progressivement et lentement. C'est à cette méthode que j'ai eu recours.

Après cocaïnisation de la région, je me sers d'une longue anse d'acier, que je recourbe vers le bas pour l'introduire dans la narine gauche; dès que je sens de la résistance, je saisis d'une main la double tubulure et de l'autre les deux chefs du fil que je pousse simultanément; l'anse arrive ainsi facilement dans le pharynx.

Ayant ensuite abandonné le rétracteur du voile, je tire d'une main sur les deux chefs du fil, pendant que l'index de l'autre main tend à refouler l'anse derrière la tumeur. Cette tentative ne réussissant pas, je me sers du porte-lac retroussé du

D<sup>r</sup> Goris, je répète la manœuvre décrite plus haut, et j'attire au dehors l'anse galvanique, une fois introduite dans la bouche, pour la jeter sur les mors de l'instrument; alors j'exerce de légères tractions sur les deux chefs du fil restés en dehors du nez, pendant que de l'autre main je soutiens le porte-lac, je parviens ainsi à introduire un fil fort haut, derrière la tumeur, je dégage le porte-lac et adapte les deux fils au galvano-cautère. Presque pas de perte de sang dans l'ablation. Plus tard, je pratique cinq séances de cautérisation du pédicule.

M. Gouguenheim. — Dans le cas de M. Boval, l'hémorragie a été presque nulle. Néanmoins, j'ai vu le contraire dans un cas de fibrome rhinopharyngien; ces tumeurs m'inspirent une grande appréhension, car le procédé galvanocaustique ne me semble pas à l'abri de l'hémorragie. Aussi crois-je devoir donner la préférence à l'ablation d'une manière progressive en deux ou trois séances, à l'effet d'éviter les hémorragies autant que possible.

M. Wagnier. — Une femme de 40 ans portait une tumeur pharyngienne énorme, du volume d'une pomme de terre, mais à pédicule court. Je recourus au procédé que j'ai indiqué antérieurement et qui consiste à refouler la tumeur, à l'aide des doigts, de l'arrière-gorge dans les choanes, à l'effet de la comprimer et d'en réduire le volume, puis de lui faire parcourir à nouveau cet isthme, et cela deux ou trois fois. La réduction de volume ainsi obtenue, il est facile d'introduire l'ause.

---

### SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du 6 mai 1892.

Compte rendu par P. GASTOU.

---

*Nouveau procédé pour cathétériser la trompe d'Eustache,*  
par M. LÆWENBERG.

Dans le cathétérisme de la trompe, la difficulté est de saisir le moment où la sonde est en face du pavillon. En faisant fermer

la bouche du patient et en lui recommandant de respirer par le nez, quand la sonde, introduite le bec en bas, a dépassé les fosses nasales, si l'on vient à faire exécuter au malade un mouvement de déglutition, l'instrument est repoussé avec d'autant plus de force qu'il est allé plus loin. C'est le voile du palais qui en se relevant repousse la sonde en lui faisant subir un mouvement de rotation en dehors, mouvement qui, aidé par une légère inclinaison, fait pénétrer le bec de l'instrument dans le pavillon de la trompe. Pour éviter les tâtonnements que peuvent donner de nouvelles séances, il est bon de se fixer un point de repère grâce auquel on pourra pénétrer facilement. Il suffit pour cela de marquer à l'aide d'un trait sur l'instrument le point affleurant à l'ouverture antérieure des fosses nasales.

Le même procédé peut s'appliquer aux deux oreilles et le point de repère pour l'une peut également servir pour l'autre.

#### *Discussion :*

M. MÉNIÈRE. — Je ne vois pas en quoi ce procédé diffère tant du procédé de Triquet. Si on ne peut pas passer par suite d'une modification des cornets ou d'une déviation de la cloison, je ne vois pas en quoi ce procédé est utile. Ce qu'il faut alors, c'est de la légèreté et de la finesse, du tact. Je crois que le soulèvement du voile du palais doit être désagréable aux malades.

Je demanderai enfin dans quelles conditions spéciales M. Læwenberg emploie son procédé.

M. LÆWENBERG. — Je n'ai aucunement voulu parler des difficultés dues au passage nasal, j'ai traité ce sujet en parlant des déviations de la cloison. Je dis simplement qu'on a quelquefois de la peine à s'orienter quand le nez est franchi, et il arrive souvent qu'on trouve trop tôt ou trop tard. En agissant comme je l'ai dit, la sensibilité du voile du palais n'est nullement atteinte, on n'a jamais de mouvements reflexes désordonnés si l'on prend soin de faire respirer le malade par le nez et de faire déglutir dès qu'on a dépassé les fosses nasales.

D<sup>r</sup> HERMET. — Je ne crois pas que la difficulté dont parle M. Læwenberg en soit une : dans le cathétérisme il est difficile d'arriver à la trompe et non d'y pénétrer. Les malades n'ont pas souvent de nausées et encore moins en employant le procédé de Tillaux qui est mathématique.

Quand on use de ce moyen, dès que l'œillet de la sonde est

dans le plan des deux conduits auditifs externes, on est sûr d'être dans la trompe. Pour s'assurer qu'on y est bien, le stéthoscope auriculaire est le plus sûr des moyens. Souvent le malade, en avalant, envoie le cathéter dans la trompe. Toute la difficulté est d'arriver au pharynx.

M. LÆWENBERG. — Je ne crois pas le procédé de M. Tillaux aussi sûr que le dit M. Hermet, il n'empêche pas les nausées et il est quelquefois difficile de distinguer la résistance du voile du palais de celle du pharynx.

M. POTIQUET. — Le procédé de Tillaux n'est pas de lui, mais de Krause. Dans le cachétérisme tout est dans le point de repère. Le procédé de Triquet, qui se base sur la sensation donnée par l'extrémité postérieure du cornet inférieur, n'est pas aussi infaillible que le dit M. Ménière, car il dépend du prolongement de cette extrémité ou de la saillie de la muqueuse.

Je crois que les indications données par Læwenberg peuvent être utiles.

M. GELLÉ. — J'ai indiqué dans mon livre un procédé qui m'a toujours évité des tâtonnements. Je prends un point de repère situé entre la saillie du bouton zygomatique et l'apophyse nasale antérieure quand ma sonde est dans ce plan, je tourne et j'entre sûrement dans la trompe. Zaufal avait décrit le procédé du voile du palais.

M. LÆWENBERG. — Je connais le procédé de M. Gellé, il n'est pas toujours infaillible.

*Un cas de corps étranger de l'oreille gauche*, par le D<sup>r</sup> MÉNIÈRE.

On a beaucoup dit déjà sur les corps étrangers de l'oreille, cependant j'ai observé un cas qui m'a paru digne d'être rapporté.

En avril 1891, je vis une jeune femme de 22 ans atteinte de surdité de l'oreille gauche. En août 1890, en nageant par une forte mer, elle fut roulée sur la plage et presque aussitôt après devint sourde. Un spécialiste qui la vit quelque temps après diagnostiqua un épaississement du tympan. Lorsque je l'examinai, je vis le fond de l'oreille concave, blanc nacré, brillant, donnant avec le stylet une sensation de dureté spéciale, il semblait y avoir contre le tympan un corps étranger comme moulé sur lui et offrant une légère ligne ombrée à sa partie supérieure.

Après avoir désinfecté l'oreille avec de la glycérine coaltarisée, je fis des injections : à la deuxième s'échappait de l'oreille un coquillage. L'oreille au-dessous était absolument normale.



*Discussion :*

M. LUC. — Un détail m'a frappé dans la communication du Dr Ménière : la vue et l'inspection n'éclairant pas le diagnostic. J'ai fait la même remarque chez un enfant ayant un caillou dans l'oreille qui offrait une teinte nacrée. Il est quelquefois très difficile de dire si le corps étranger est au-devant du tympan, ou s'il est dans la caisse. Ce fut également le stylet qui me renseigna et je vis que le caillou était dans la caisse.

M. MÉNIÈRE. — Je voulais présenter un jeune homme dont l'histoire est des plus curieuses. Agé de 20 ans, pour se suicider, il se tire un coup de pistolet du calibre de neuf millimètres, dans l'oreille. Il a, immédiatement après, une paralysie faciale et crache la balle deux heures après. Il manquait à cette dernière, 2 grammes de plomb. Quand je vis ce malade au 12<sup>e</sup> jour, il n'y avait plus de tympan ; la caisse avait été touchée par la conflagration des gaz. L'air passait librement de l'arrière cavité des fosses nasales dans l'oreille. La balle était sortie au voisinage de la trompe en touchant le facial. La cicatrisation est en bonne voie. Il reste à peine un tout petit pertuis duquel sort, de temps à autre, une gouttelette de liquide.

*La douche nasale et ses indications, par le Dr PERCEPIED.*

La douche nasale est souvent la cause d'otites suppurées ; indépendamment de ces accidents graves, on peut voir survenir l'introduction de l'eau dans les tissus frontaux, les voies aériennes et comme conséquence, ou bien, des maux de tête ou une toux fréquente, sèche quinteuse.

Si l'injection à la seringue est moins dangereuse, elle est aussi moins efficace. Le plus souvent l'eau alcaline dont on se sert n'est pas suffisamment aseptique et le malade en se mouchant trop fort, fait pénétrer le liquide dans la trompe ; si on emploie l'irrigateur, la pression est trop forte.

La douche nasale peut également provoquer des maux de tête, des congestions céphaliques intenses.

Les services rendus par la douche nasale sont-ils assez grands pour compenser tant d'inconvénients ?

L'auteur pense que les indications de la douche nasale sont restreintes : la plupart de ceux qui l'ordonnent ou l'emploient ne la considèrent que comme un simple lavage. Si la plupart des

malades qui viennent subir un traitement thermal, font usage de la douche nasale et disent s'en bien trouver, il ne faut pas oublier que la véritable amélioration est due au changement d'air et d'habitudes et aux conditions hygiéniques.

L'auteur emploie presque toujours les pulvérisations nasales, il ne fait usage de la douche nasale qu'à une pression de 0.50 à 0.60 centimètres et quand il existe des croûtes demandant une certaine force pour être détachées. En résumé, pour lui la douche nasale est non seulement dangereuse mais inutile.

#### *Discussion :*

D<sup>r</sup> CHATELLIER. — Je considère la communication de notre collègue, M. Percepid, comme une bonne action. J'ai vu trois cas d'otites aiguës graves consécutives à la douche nasale qui avait été cependant donnée par des personnes habituées.

D<sup>r</sup> HERMET. — Je m'associe entièrement aux conclusions du D<sup>r</sup> Percepid ; la douche nasale est non seulement inutile, mais dangereuse. Je ne la crois même pas indiquée dans l'ozène. J'emploie dans cette maladie le traitement préconisé, par le D<sup>r</sup> Potiquet, il m'a donné des résultats excellents et supprime constamment l'odeur. Il consiste à faire tous les cinq à six jours des applications d'acéto-tartrate d'alumine de Mialhe. Au bout de 3 à 4 séances l'amélioration est des plus nettes.

D<sup>r</sup> LEWENBERG. — M. Percepid a signalé les abus de la douche nasale. Il ne faut pas cependant la rejeter. La douche nasale à faible pression et donnée selon les règles ne cause pas de dommages. Il faut défendre aux malades de se moucher immédiatement après la douche, sinon la pression subitement augmentée au niveau de la trompe, pousse le liquide dans l'oreille et détermine la plupart des accidents, dont on accuse la douche nasale.

D<sup>r</sup> MADEUF. — Tout l'inconvénient de la douche nasale est en effet dans la pression trop forte que l'occlusion des narines vient encore augmenter.

D<sup>r</sup> GELLÉ. — Pour éviter les accidents dus à la pression, j'ai l'habitude de conseiller de se servir d'un tube de gomme que l'on introduit dans la narine en la laissant béante.

D<sup>r</sup> RUAULT. — Je ne crois pas que le procédé de M. Gellé change beaucoup les conditions de pression. Le nez se remplit d'eau et la pression est tout aussi forte. Il faut se poser deux

questions : la pénétration de l'eau dans la trompe est-elle facile ? la pénétration de l'eau est-elle forcément suivie d'otite ? Combien peu sont rares les accidents, si l'on songe à la généralisation de l'emploi de la douche de Weber ! Voit-on souvent des otites après un bain ? et pourtant le baigneur cause, rit, déglutit, tandis que sa bouche et son pharynx contiennent encore de l'eau et il en introduit forcément dans la trompe.

Il n'y a pas otite, toujours et quand même, parce qu'il y a là le terrain, parce qu'il y a les agents qui causent le mal.

La douche est très utile dans certains cas, et quoi qu'en dise M. Hermet, surtout pour enlever les croûtes. Je trouve que MM. Hermet et Chatellier vont un peu loin en proscrivant la douche nasale.

D<sup>r</sup> HERMET. — Je dis que la douche nasale est dans la majorité des cas inutile et presque toujours dangereuse. Pour l'ozène : combien plus simple et plus efficace est le traitement à l'acéto-tartrate d'alumine, quand on emploie pour détacher les croûtes des tympons d'ouate imprégnés de vaseline et laissés 4 à 6 heures en place. Ce procédé est anodin, n'empêche pas la respiration et évite tout accident.

D<sup>r</sup> CHATELLIER. — M. Percepied n'a pas dit qu'il proscrivait la douche. Il s'élève contre l'abus de ce mode de traitement que l'on applique sans distinction pour toute espèce de maladie nasale.

D<sup>r</sup> LÖEWENBERG. — M. Hermet dit que le tampon de vaseline permet de respirer la bouche ouverte. Je ne vois pas en quoi la douche nasale empêche de faire de même puisqu'il est recommandé aux malades qui en font usage d'ouvrir largement la bouche en respirant.

D<sup>r</sup> HERMET. — Les classiques disent de faire des inspirations et pas autre chose.

D<sup>r</sup> LÖEWENBERG. — Il faut, si l'eau arrive dans la trompe, appliquer le procédé de Toynbee.

D<sup>r</sup> POTIQUET. — M. Percepied a raison d'affirmer, comme l'a déjà fait Moldenhauer, que l'on abuse de la douche nasale. Les irrigations et douches ne sont guère utiles dans l'ozène que dans les premiers temps. Si je suis partisan de l'acéto-tartrate d'alumine, je reconnais que, dans quelques cas, il cause des maux de tête violents.

D<sup>r</sup> CARTAZ. — Le plus simple, pour éviter les accidents, est de bien indiquer au malade la façon de prendre la douche.

D<sup>r</sup> PERCEPIED.— Je tiens, en terminant la discussion, à affirmer que le but de mon travail était d'engager, non pas à abandonner la douche nasale, mais à la proscrire quand elle est inutile.

*Note sur la contracture du muscle ary-aryténoïdien. « Essai d'interprétation des signes laryngoscopiques attribués par Gerhardt à la paralysie bilatérale et complète des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs », par le D<sup>r</sup> ALBERT RUAAULT.*

Longet, Jeanselme et Lermoyez ont définitivement établi, que dans la contraction du muscle ary-aryténoïdien :

1° Les faces internes des cartilages aryténoïdes arrivent en contact ;

2° Les apophyses vocales arrivent presque en contact et conservent leur mobilité.

En ce qui concerne les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, Rühlmann a décrit deux faisceaux : l'un externe, vertical, volumineux ; l'autre horizontal.

Hayes, établit : 1° que les faisceaux externes attirent les cartilages aryténoïdes en dehors et en bas, mouvement de translation : glotte triangulaire (inspiration tranquille) ;

2° Que les faisceaux internes, agissant en même temps que les externes, ajoutent leur action et font pivoter les cartilages, portant les apophyses vocales en dehors et transformant la glotte triangulaire en glotte pentagonale (inspiration forcée).

Jelenffy en outre du rôle respiratoire, attribue aux crico-aryténoïdiens postérieurs un rôle vocal : fixation des cartilages aryténoïdiens, et tension des cordes, lorsqu'ils agissent de concert avec les crico-aryténoïdiens latéraux, les thyro-aryténoïdiens et les crico-thyroïdiens.

Il résulte de ce qui précède que la contracture isolée du muscle ary-aryténoïdien entraîne : occlusion complète de la partie postérieure de l'espace inter-aryténoïdien, léger intervalle à la partie antérieure ; glotte, fente fusiforme.

Si les adducteurs latéraux et les tenseurs restent inactifs, les apophyses vocales restent en partie mobiles, sont soulevées et écartées par le courant d'air expirateur, abaissées à l'inspiration. La contraction de l'ary-aryténoïdien annihile l'action de ses antagonistes (faisceaux externes des crico-aryténoïdiens postérieurs) et s'oppose à l'accomplissement de la fonction respiratoire

des faisceaux internes de ces muscles, n'agissant dans la respiration qu'après les faisceaux externes.

La respiration est compromise, la voix n'est point troublée.

Si le malade fatigue, le cornage et les accès de suffocation se produisent. Au laryngoscope, pendant la respiration les faces internes des aryténoïdes sont immobiles et en contact. Les cordes vocales sont en position médiane, flasques en dehors des accès spasmodiques, déprimées et soulevées dans la respiration. Pendant la phonation l'image laryngoscopique est normale.

Ces signes, je les attribue à une contracture isolée du muscle ary-aryténoïdien. Les auteurs qui les ont vus et étudiés ne pensent pas de même.

Gerhardt, le premier qui les ait décrits en fait l'expression d'une paralysie bilatérale et complète des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs.

Krishaber pense à un spasme unilatéral des adducteurs et de l'ary-aryténoïdien.

Morell-Mackenzie, Semon, outre la paralysie des dilatateurs (Gerhardt) admettent une contracture secondaire des adducteurs.

Krause y voit une contracture primitive des adducteurs et, consécutivement à une paralysie myopathique des dilatateurs, une atrophie de ces muscles consécutive à leur inertie fonctionnelle.

Gouguenheim et Tissier, Massei, Raugé adoptent cette théorie.

Contre ces opinions j'objecterai : 1° qu'il n'est pas possible de concevoir une paralysie complète des crico-aryténoïdiens postérieurs, sans troubles de la voix et sans, pendant la phonation, constater, à l'examen laryngoscopique, de mouvement de translation et bascule en avant des cartilages aryténoïdes ;

2° Qu'on ne peut admettre qu'il existe une contracture généralisée des adducteurs, quand on voit les processus vocaux suivre pendant la respiration les déplacements imprimés par le courant d'air aux cordes vocales relâchées et ne se fixer en position vocale sous l'action des crico-aryténoïdiens latéraux, qu'au moment des efforts de phonation ;

3° Enfin, que la symétrie (phonatrice et respiratoire), parfaite des deux moitiés du larynx n'est pas conciliable avec la théorie de Krishaber, applicable seulement au cas où la flaccidité expiratoire est bornée à une seule corde vocale.

Si j'admets la contracture isolée du muscle ary-aryténoïdien quand ces signes existent, je ne la crois pas souvent primitive en dehors de l'hystérie, mais presque toujours secondaire à une paralysie isolée de l'antagoniste, c'est-à-dire à une paralysie du faisceau externe du crico-aryténoïdien postérieur.

---

### SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

---

Séance du 20 mai 1892.

Compte rendu par F. PELTISOHN.

*Grabower* présente un vernisseur âgé de 38 ans, qui est atteint d'une paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur gauche d'origine tabétique. La corde vocale gauche est immobile même sous l'effort de la plus profonde inspiration et son bord interne est excavé ; pendant la phonation les deux cordes vocales s'entrecroisent et le bord interne de la corde vocale gauche devient aussi très droit.

La paralysie saturnine est limitée.

La sensibilité à la pression du muscle sterno-cleido-mastoïdien sur le bord interne, indiquée dans quelques cas de ce genre par *Oppenheim*, fait défaut.

*Grabower* conclut à des troubles laryngés dus au tabes dorsal.

*Fraenkel*. — Quand au cours des crises laryngées se montre surtout un des troubles du larynx, celui-ci est toujours une paralysie du dilatateur. S'il ne se manifeste qu'une paralysie unilatérale, il faut exclure le trouble central, qui aurait amené un effet bilatéral.

*Schøtz*, *Muschold* et *Katzenstein* observent après un plus long examen des mouvements de la corde vocale gauche au moment de l'inspiration, et ils regardent ce cas comme étant tout au plus une faiblesse du muscle dilatateur gauche.

*Katzenstein* dit que la faiblesse du dilatateur n'est pas rare dans le tabes, *Dreyfuss* l'a observée, mais elle n'a pas été l'objet d'une description particulière.

*Fraenkel* mentionne également un cas du même genre qui a été rapporté par *Aronsohn*.

*Scheinmann*, qui voit aussi les mouvements en dehors de la corde vocale gauche réduit l'apparence des petites excursions de celle-ci à une scoliose de la lame du cartilage thyroïde gauche.

*Fraenkel* fait remarquer l'impossibilité de cette dernière hypothèse, car la glotte dans ce cas aurait dû être inclinée.

*Herzfeld* présente une pince qu'il a construite et qui, à l'inverse des autres, coupe les épines de la cloison au lieu de les pincer. (Cette pince n'est autre que la pince nasale connue de *Woakes*, mais droite au lieu d'être recourbée).

*Katzenstein* décrit un cas de sarcome de l'amygdale observé chez une femme de 23 ans. L'iodure de potassium et l'arsenic ont échoué. L'électrolyse n'a même pas été essayée en raison de son peu d'action.

*Schoetz* a obtenu de remarquables résultats de l'électrolyse dans un cas qu'il a déjà rapporté.

*Rosenberg* a observé un cas de sarcome du cordon latéral (plica salpingo pharyngea) qui guérit par le traitement chirurgical.

*Rosenberg* fait une communication sur les troubles de la voix et de la parole dans la paralysie agitante.

Les troubles de la voix et de la parole au cours de la paralysie agitante sont connus de tous grâce aux remarquables travaux de *Charcot* et à quelques publications des cliniques de *Gerhardt* et de *Westphal*. Toutefois l'examen laryngoscopique n'a été pratiqué qu'une seule fois.

Dans le cas présent il s'agit d'un homme de 62 ans, atteint depuis 30 ans de l'affection susnommée. Sa parole est difficile à comprendre, elle semble hachée. Les syllabes sont séparées par des pauses. La parole est donc bégayée et elle ressemble à la voix d'un cavalier dont le cheval est lancé au galop.

L'examen laryngoscopique, qui naturellement offre des difficultés inaccoutumées, révèle l'état suivant : les cordes vocales, pendant la respiration, et parfois pendant le passage de la respiration à la phonation, sont dans la position d'adduction et même isochrones avec les mouvements de tremblement de la tête. Au moment de la phonation, on voit la fente elliptique située entre les cordes vocales se raccourcir et s'allonger. Cette modification rythmique de la tension des cordes vocales se produit aussi quand on cherche à émettre un son dans le changement ryth-

mique de la hauteur du son. Quelquefois l'épiglotte prend part aux mouvements de tremblement, plus rarement le voile du palais.

Rosenberg décrit en terminant d'une façon complète tous les signes qui différencient la parole du malade, des troubles de la parole observés au cours de la sclérose multiple du cerveau et de la moelle épinière, du tabes, de l'ataxie des cordes vocales, de l'atrophie musculaire progressive, de la chorée du larynx, etc.

---

### PRESSE ÉTRANGÈRE

---

**L'otite purulente chronique et son traitement**, par SEXTON et BRYANT. (Discussion de la *Practitioners Society of New York*. — *N. Y. Medical Record*, 18 avril 1891.)

Sexton en dehors des importantes indications qu'offre le traitement général préconise surtout dans les otites purulentes chroniques, le traitement opératoire. Les topiques locaux, les astringents, les irrigations fréquentes lui ont souvent paru plus nuisibles qu'utiles. Mieux vaut s'abstenir entièrement dans les cas légers que d'employer ces traitements. Mais s'il existe des fongosités, des végétations polypiformes, leur excision est très utile. Quand le tympan, les osselets sont profondément atteints, leur ablation complète donne ainsi de très bons résultats. Cette opération est singulièrement facilitée par l'éclairage électrique. L'hémorragie s'arrête très bien par les irrigations d'eau chaude. En quelques semaines, on voit une cicatrisation parfaite, à la condition d'assurer après l'intervention un bon drainage du conduit. Les dangers opératoires sont les mêmes. L'utilité porte non seulement sur la guérison de la suppuration, la suppression de ces récidives incessantes qu'on observe lorsqu'on traite l'otite moyenne sans enlever les osselets cassés mais aussi sur le fonctionnement de l'ouïe. L'amélioration fonctionnelle est souvent assez considérable pour qu'une surdité persistant après la suppression de la suppuration puisse devenir une indication opératoire.

Bryant cite également une observation où l'opération de Sexton, non seulement fit disparaître des bourdonnements qui



rendaient l'existence intolérable mais augmenta notablement le pouvoir auditif.

A.-F. P.

**Complications intra-craniennes de l'otite moyenne chronique,** par le Dr PATTESON, de Dublin. (*Glasgow med. journ.*, février 1891.)

Cas d'une jeune fille de 19 ans morte de pyémie et d'embolie pulmonaire, provenant d'une thrombose du sinus latéral accompagnée d'un abcès de la dure-mère. Ce cas prouve que dans des circonstances analogues, il faut ouvrir le plus tôt possible l'antre, afin de drainer.

P. GASTOU.

**Torticolis dans les otites,** par RADSACH. (*N. Y. Medical Record*, 27 juin 1891.)

D'après Radsach, l'apparition d'un torticolis au cours d'une otite moyenne indiquerait toujours que l'apophyse mastoïde est également atteinte par l'inflammation.

A.-F. P.

**Pénétration d'un bouchon cérumineux dans l'apophyse mastoïde et paralysie faciale consécutive,** par DALBEY (*New York med. Journal*, 18 juillet 1891, p. 74).

Chez un homme de 50 ans atteint de surdité complète et de paralysie faciale, Dalbey, après avoir enlevé un premier bouchon de cérumen par les irrigations chaudes, s'aperçut que le tympan et les osselets étaient entièrement détruits. Sur la paroi postérieure du conduit auditif, il découvrit une nouvelle agglomération cérumineuse qui se prolongeait presque dans l'apophyse mastoïde. Une masse considérable de cérumen, de débris épithéliaux mêlés d'un peu de pus fut retirée de l'intérieur même de l'apophyse. Après cette extraction l'amélioration de la paralysie faciale, qui datait de plus de deux mois, fut immédiate. Guérison complète de la paralysie quatre mois après.

A.-F.-P.

**Les derniers traitements des mastoïdites,** par ALBERT WILSON (*Edinburgh med. journ.*, mai 1891).

L'auteur, après avoir dit un mot sur les causes déterminantes des mastoïdites: le refroidissement et les fièvres, habituellement associés avec le catarrhe aigu ou chronique de l'oreille moyenne, en donne le mécanisme pathogénique. Pour Gruber, ce mécanisme est simple; l'inflammation vient de l'oreille externe par la continuité du périoste et de l'apophyse mastoïde, et dans

les cas de maladie de l'oreille moyenne par la *fissure mastoïdo-squameuse*, décrite par lui et généralement peu connue. Chez l'enfant, après la fermeture de cette fissure, la propagation se fait par les parois molles du canal à travers les petits vaisseaux.

Toynbee, qui écrit longuement sur ce sujet expose toute une longue théorie. Il a vu que les mastoïdes variaient, comme dureté, chez les différents individus. Elles s'étendent en dedans jusqu'à la fosse jugulaire. Le point principal pour lui est la division des cellules en deux rangées. L'une verticale constituant l'apophyse, l'autre horizontale entre l'apophyse et le tympan. Le mucus et le pus ont plus de tendance à se collecter dans la partie horizontale. Les communications veineuses sont abondantes entre les cellules mastoïdiennes et le tissu latéral.

Chez l'enfant, c'est la partie horizontale, en rapport avec la paroi supérieure du tympan et séparée du cerveau par une lame très mince, qui par ses rapports est le plus souvent siège et cause des complications. A partir de trois ans cette portion horizontale tend à s'ossifier, et chez l'adulte les cellules verticales sont beaucoup plus développées, les complications ont alors tendance à se manifester dans les cellules verticales en rapport avec le tissu latéral et le cervelet, d'où : suppuration du tissu latéral, méningite, abcès du cervelet.

L'auteur termine son travail en préconisant l'emploi de la teinture d'eucalyptus comme antiseptique et en citant quatre cas de sa pratique.

P. GASTOU.

**Occlusion traumatique du conduit auditif externe**, par FOSTER.  
(*New York med. journal*, 18 juillet 1891, p. 70.)

Chez un enfant de onze ans ayant eu le pavillon de l'oreille et le conduit auditif déchiré, par la chute d'une lourde caisse, la cicatrisation amena une occlusion complète du conduit auditif. Ce conduit était rempli par une large masse cicatricielle située à un centimètre environ du tragus. Un très petit orifice persistait seul à l'angle postéro-supérieur. Foster songea à la possibilité d'une opération autoplastique : 1° excision de la couche superficielle de la membrane; 2° division de la couche profonde en quatre lambeaux qui seraient rabattus et fixés, soit par des sutures, soit par du collodion. Mais il préféra déterminer la résorption de la masse cicatricielle par la compression. Il fit une dilatation graduelle au moyen de châssis de caoutchouc, de volume successivement croissant. En cinq mois, l'atrophie de la membrane semblait

à peu près complète et pourtant trois jours d'abandon du drain, suffirent à faire perdre une partie du terrain gagné. Aussi Foster une fois, la dilatation reproduite, introduisit-il un tube d'argent qu'il compte faire porter pendant un an ou deux. La fonction auditive est redevenue très satisfaisante.

Si les occlusions et sténoses congénitales ou inflammatoires du conduit auditif sont fréquentes, Foster n'a trouvé dans la science que deux autres cas d'occlusion traumatique survenues l'une à la suite d'une morsure de cheval, l'autre à la suite d'une chute. Un seul des malades consentit à se soumettre à une opération. L'excision de la membrane cicatricielle dut être suivie pendant plusieurs mois de dilatations répétées pour éviter la rétraction. La rétraction, la fusion des bourgeons charnus est, en effet, la cause d'échecs fréquents dans ces opérations si simples d'apparence.

A.-F. P.

**Hallucinations auriculaires guéries par l'extraction d'un corps étranger**, par SPRATLING. (*N. Y. Medical Record*, 13 juin 1891.)

Hallucinations auriculaires extrêmement pénibles rendant tout sommeil impossible. Le malade entend sans cesse une voix de femme qui l'apostrophe dans le langage le plus ordurier, le menaçant et l'insultant. Ces hallucinations qui remontent à deux mois, ont débuté par l'oreille gauche. L'irrigation du conduit auditif gauche à l'eau savonneuse, évacua une quantité notable de cérumen desséché mêlé à quelques débris de tabac. — Douze heures après, les « voix » avaient tout à fait disparu. Quinze jours plus tard la guérison persistait. A côté de l'effet direct qu'a pu avoir l'intervention, on doit évidemment songer à un effet indirect de suggestion.

A.-F. P.

**Causes et pathogénie du vertige auriculaire**, par OVEN POMEROY. (*New York med. journ.*, 1891, vol. I. p. 716.)

Pomeroy, après avoir énuméré les causes variées de vertige, affections spinales et cérébrales, affections oculaires, troubles stomacaux qui peuvent s'associer aux affections de l'oreille, rapporte vingt-cinq observations de vertige auriculaire. Il classe ces observations de la façon suivante : 1° Vertige de cause obscure, tumeur cérébrale, affections oculaires, affection auriculaire : un cas, suppuration de l'oreille moyenne, un cas, affection traumatique du labyrinthe, trois cas ; catarrhe aigu de

L'oreille moyenne avec dépression tympanique, un cas ; suppuration aiguë de l'oreille et peut-être affection labyrinthique, un cas ; maladie de Menière, deux cas ; suppuration et polypes, quatre cas ; dépression du tympan avec cataracte chronique de l'oreille, cinq cas ; affection labyrinthique, deux cas ; sclérose dans une affection avancée de l'oreille moyenne, un cas ; enfin, vertige de causes obscures, pouvant être rattaché à une otite moyenne, à la syphilis ou à l'épilepsie, un cas.

Pomeroy insiste sur le rôle que les affections de l'oreille moyenne et en particulier les polypes paraissent jouer dans la production des vertiges. Les tumeurs malignes du tympan détermineraient le vertige avec plus de constance et d'intensité encore que les polypes simples. L'augmentation de pression labyrinthique produite indirectement au cours de ces affections explique facilement le vertige.

A.-F. P.

**Extirpation totale du larynx**, par Root. (*New York, Med. Journal*, 17 octobre 1891.)

Extirpation faite pour un épithélioma. Voix persistant assez distincte sans larynx artificiel spécial.

A.-F. P.

**Thyrotomie pratiquée avec succès pour un épithélioma du larynx**, par le Dr DAVID NEWMAN (*Glasgow, Med. Journ.*, juin 1891).

L'auteur rapporte l'observation d'un malade atteint d'épithélioma du tiers antérieur de la corde vocale gauche et empiétant légèrement sur la droite. La trachéotomie amena la diminution de la tumeur et l'amélioration fut si rapide que le Dr Newman crut qu'il s'était trompé et qu'il s'agissait de syphilis. Le malade fut mis à l'iodure, et quelque temps après il revint plus souffrant : la tumeur avait augmenté. La thyrotomie fut pratiquée avec l'aide du Dr Coats. Le larynx ouvert largement montra une extension du néoplasme plus étendue qu'on ne l'avait cru tout d'abord.

Le malade guérit très rapidement. Quelques observations accompagnent cette relation : en particulier le danger de faire le diagnostic en enlevant des fragments des tumeurs, ce qui amène une hyperesthésie interne et une accentuation des symptômes et souvent un envahissement rapide de la tumeur.

La thyrotomie semble être dans ces cas l'opération de choix.

P. GASTOU.

**Tumeur du larynx**, par F.-H. HOOPER, de Boston. (*N.-Y., Medical Record*, 1891, vol. I, p. 285.)

La tumeur du larynx opérée par Hooper offrait surtout un grand intérêt au point de vue de sa structure histologique. Elle était en effet constituée par un tissu fibromyxomateux télangiectasique avec dégénérescence hyaline et amyloïde. L'ablation faite par la voie naturelle fut suivie d'une hémorragie fort abondante, mais qui s'arrêta complètement après quelques minutes. Il n'y avait dix mois après l'ablation aucune trace de récurrence. Hooper, à propos de cette observation, fait cette remarque, statistique intéressante, que sur les 7,500 malades atteints d'affection de la gorge qu'il a eu l'occasion d'observer jusqu'ici, 21 seulement offraient des tumeurs non malignes du larynx. A.-F. PLICQUE.

**Syphilis trachéale**, par WRIGHT. (*New-York, Med. Journal*, 13 juin 1891.)

Wright résume les principaux travaux relatifs à la syphilis trachéale et rapporte deux observations personnelles. Dans la première, l'ulcération commençait au-dessous des cordes vocales. Elle se prolongeait au-dessous de l'incision qu'on avait faite pour la trachéotomie, toute la surface interne de la trachée était gonflée et exulcérée. Pourtant la trachéotomie, bien que faite au-dessus des lésions, soulagea la dyspnée. La malade survécut deux mois et demi à l'opération et mourut de cachexie plutôt que d'étouffements. Bien que l'examen laryngoscopique n'eût montré ni spasme, ni poussées laryngées, on doit donc admettre que c'était à l'une ou à l'autre de ces causes qu'était due la suffocation qui nécessita la trachéotomie. Dans la seconde observation, la trachée était exulcérée dans toute sa longueur, des cordes vocales à la bifurcation. A deux pouces environ au-dessous du larynx existait une sténose presque complète. A la partie inférieure, un ganglion hypertrophié était comme incrusté dans la paroi et déterminait un second rétrécissement. Dans ces conditions, on conçoit que la trachéotomie fût restée impuissante à soulager la dyspnée. La malade ne survécut que douze heures à l'opération. Dans l'étude critique de la syphilis trachéale, Wright signale en particulier ce fait intéressant d'améliorations et même de guérisons obtenues après diverses affections aiguës scarlatine, rougeole, érysipèle.

A.-F. P.

**Laryngite catarrhale intense, asphyxie, intubation, par**  
C. KERLEY (*N.-Y. Medical Record*, 25 avril 1891.)

L'enfant observé par Kerley n'avait que deux mois et demi ; en présence des symptômes d'asphyxie déterminée par une laryngite catarrhale, l'intubation fut faite au moyen du plus petit des tubes d'O'Dwyer. L'introduction du tube fut facile. Le tube fut expulsé dans une quinte de toux sept heures après l'introduction, mais la respiration était assez rétablie pour qu'on put se dispenser de le replacer. Guérison parfaite.

A.-F. P.

**Corps étranger du larynx, par LACHLAN TYLER** (*N.-Y. Medical Record*, 20 juin 1891.)

Chez un homme de soixante-cinq ans, mort subitement après son repas, Lachlan Tyler, après avoir examiné inutilement tous les viscères, trouva dans le larynx un morceau de bœuf d'un pouce de long sur un demi-pouce de large. Ce morceau s'était si étroitement engagé dans la glotte, qu'il fallut un certain effort pour le retirer.

A.-F. P.

**Ablation d'un morceau de verre resté vingt et un mois dans le larynx, par C. RANSOM** (*N.-Y. Medical Record*, 25 avril 1891.)

Un premier examen fait aussitôt après l'accident était resté négatif. Le malade n'était pas bien sûr des causes de l'accès de suffocation qui l'avait pris subitement pendant son repas. Le diagnostic resta assez obscur. Les troubles de la voix, de la respiration et même de la santé générale restaient assez marqués. Enfin, vingt et un mois après l'accident, Ransom faisant à son tour l'examen laryngoscopique, aperçut dans son miroir une ligne sombre traversant la glotte, qu'il prit tout d'abord pour une fente du verre du miroir laryngoscopique. Mais ce miroir étant bien intact, il devint évident qu'il y avait là un corps étranger. Deux jours après, le larynx étant anesthésié par la cocaïne, Ransom put extraire, au moyen d'une pince, un morceau de verre triangulaire, ayant un pouce environ sur chaque côté. Ce morceau de verre n'avait déterminé sur la muqueuse du larynx qu'un très léger gonflement et un petit papillome en arrière au point où il était en contact avec la muqueuse.

A.-P.-F.

**Abcès froid de l'épiglotte d'une durée de quatre ans, par CHAMBERLAIN.** (*N.-Y. Medical Record*, 11 avril 1891.)

Homme de 28 ans, souffrant depuis quatre ans de mal de gorge,

de gêne de la respiration et surtout de dysphagie. Pas d'antécédents spécifiques. A l'examen, on trouva une tuméfaction remontant contre le voile du palais, de consistance résistante, d'aspect légèrement inflammatoire. L'incision donna issue à 80 grammes de liquide jaunâtre et purulent. La collection évacuée, on put constater que l'abcès provenait de l'épiglotte, la muqueuse toute entière, à l'exception d'une petite portion située sur le bord gauche, avait été soulevée par le pus. Guérison par faite.

A.-F. PLICQUE.

**Des maladies du sinus frontal**, par COPPEZ. (*Journal de Médecine, de Chirurgie, etc., de Bruxelles*, 20 février 1892.)

Leçon clinique, d'après les données de la chirurgie classique. L'auteur n'a en vue que l'abcès du sinus frontal à évolution bruyante, amenant des douleurs atroces, une saillie sus-orbitaires du chémosis, de l'exophtalmie. Il rejette le cathétérisme du sinus par la voie nasale; il le dit très difficile, sinon impossible et en tous cas fort dangereux.

Le mieux est d'inciser extérieurement la paroi du sinus, de racler la cavité et d'essayer d'introduire un drain dans les fosses nasales. En tous cas, les abcès du sinus frontal mettent très longtemps à guérir: des années. La cause est due à l'écartement des parois osseuses, qui empêche l'adossement rapide des surfaces.

M. L.

**Traitement de la rhinite chronique**, par RUCK (*N.-Y. Medical Record*, 1<sup>er</sup> août 1891, p. 420.)

La première indication dans le traitement de la rhinite chronique est d'assurer la liberté complète du passage de l'eau à travers les fosses nasales. Or, dans bien des cas de déviation de la cloison d'hypertrophie de la muqueuse, cette indication ne pourra être remplie que par l'intervention opératoire. Quelle que soit le mode d'intervention: galvanocautère, écraseurs, bistouri, les résultats obtenus seront bons si la désobstruction est assurée d'une façon complète et permanente.

C'est seulement quand cette première indication est remplie que les ponctions, les injections, et en particulier les injections à la vaseline chaude, les soins d'hygiène (hygiène des fonctions digestives, des fonctions cutanées) peuvent avoir une utilité réelle.

A.-F. P.

**Traitement de la rhinite atrophique par l'ichtyol, par PHILLIPS**  
(*Medical Record*, 16 mai 1891.)

Phillips, se fondant sur les propriétés modificatrices de l'ichtyol dans un grand nombre de dermatoses, a eu l'idée de l'essayer dans la rhinite atrophique. Il aurait obtenu dans vingt-sept cas, des résultats inespérés. Une seule fois, chez un enfant, la médication échoua; elle détermina quelques maux de tête, un peu de somnolence, et dut être abandonnée. Chez tous les autres malades, la sensation de sécheresse, de gêne, diminua dès la première application; au bout d'une semaine environ, les croûtes cessèrent de se produire, la mauvaise odeur se montra le plus tenace de tous les symptômes; elle ne disparaît souvent qu'au bout de quatre à cinq semaines. Dans quelques cas, elle existait encore quand le traitement fut suspendu.

Le soulagement des troubles fonctionnels est beaucoup plus rapide, de sorte que les malades se sentant soulagés, ne se soumettent pas toujours assez longtemps à la médication.

Voici le technique de la médication. Les fosses nasales sont bien lavées avec une solution alcaline, essuyées avec des tampons d'ouate et bien asséchées. Quand la muqueuse est parfaitement nettoyée et sèche, on applique une solution d'ichtyol à 40 0/0 dans la kéroline au moyen d'un tampon de ouate. De plus, le malade, matin et soir se lave le nez au moyen d'une solution alcaline puis d'une solution formée d'une partie de la pommade à la kéroline et à l'ichtyol et de trois à cinq parties d'alboline liquide Spray.

On peut ajouter à cette solution quelques gouttes d'eucalyptol ou de menthol pour masquer l'odeur désagréable de poisson qu'a l'ichtyol. Ce lavage est suivi, pendant une demi-heure environ, d'un peu de suintement séreux. Quand ce suintement se prolonge une heure ou deux, qu'il y a un peu de douleur, une sensation de sécheresse très forte, il faut diminuer la force de la solution.

Encouragé par les résultats qu'il a obtenus, Phillips songe à employer la solution kérolique d'ichtyol dans les laryngites chroniques inflammatoires tuberculeuses ou syphilitiques. Il croit qu'elle pourrait peut-être avoir aussi une utilité dans l'asthénie du foie.

A.-F. P.

**Extraction d'une épingle à cheveux ayant pénétré dans les**



**fosses nasales postérieures**, par KELLIHER (*N.-Y. Medical Record*, 27 juin 1891.)

Cette épingle, longue de cinq pouces, avait été avalée, et bien que la malade prétendit la sentir dans les fosses nasales, plusieurs médecins et Kelliher lui-même, crurent tout d'abord à une illusion. Kelliher finit cependant par sentir au moyen d'une sonde introduite par la narine, le corps étranger. Après diverses difficultés pour le saisir et le dégager de la muqueuse, il put l'extraire au moyen d'une longue pince.

A.-F. P.

**Catarrhes gastriques d'origine naso-pharyngée**, par N. J. FISCHER. (*Medical Record*, 13 juin 1891).

Fischer insiste sur l'association fréquente du catarrhe naso-pharyngé et du catarrhe gastrique, et croit qu'on peut établir une relation de cause à effet entre la première et la seconde de ces deux affections. Le catarrhe naso-pharyngé produit probablement le catarrhe gastrique par l'intermédiaire des sécrétions catarrhales qui sont avalées et parviennent dans l'estomac qu'elles irritent. Quelle que soit la valeur de cette explication pathogénique, le fait clinique de la guérison du catarrhe gastrique à la suite du traitement local de pharyngite chronique est intéressant à retenir.

A.-F.-P.

**L'acide chloracétique dans les maladies de la gorge et du nez**, par GLEITSMANN (*N.-Y. Medical Record*, 14 mars 1891.)

Gleitsmann a employé l'acide trichloracétique comme caustique dans plus de deux cents cas d'affection de la gorge et du nez. Son action est particulièrement satisfaisante toutes les fois qu'il s'agit d'amener la réduction d'une hypertrophie. Il suffit seul dans la plupart des cas; pourtant, il ne saurait toujours dispenser de l'usage du galvanocautère. Les applications laryngées sont tolérées sans accidents. Dans les affections nasales, le principal avantage de ce caustique est la sécheresse de l'eschare, sécheresse qui empêche toute complication et simplifie beaucoup les soins consécutifs.

A.-F. PLICQUE.

**Emploi de la pyoctanine dans quelques affections des voies respiratoires supérieures**, par LINCOLN. (*New-York med. Jour.*, 31 oct. 1891).

Lincoln a employé avec succès la pyoctanine dans les affections suivantes:

1° Un cas de carie du sinus frontal persistant depuis près de deux ans fut guéri en moins de trois semaines par des injections faites d'abord avec la solution à 10 0/0, puis avec des solutions de plus en plus faibles.

2° Cinq cas d'abcès du sinus maxillaire furent également traités avec de bons résultats.

3° Les végétations fongueuses des fosses nasales sont favorablement modifiées par des pansements avec une pommade formée de 30 grammes de vaseline et 1 gr. 25 de pyocanine.

4° Les inflammations folliculaires aiguës et surtout les inflammations folliculaires chroniques des amygdales, du voile du palais, sont presque instantanément améliorées par les attouchements, avec la solution à 50 0/0.

Les solutions doivent être fraîchement préparées, dater au plus de trois à quatre jours. Il est bon de les conserver dans un flacon violet.

A.-F.-P.

**Correction des déformations angulaires du nez par une opération sous-cutanée,** par ROE (*N.-Y. Medical Record*, 18 juillet 1891).

Dans cinq cas de déformations angulaires du nez traumatiques ou congénitales, Roe, pour éviter une cicatrice cutanée, a pratiqué l'excision de la portion osseuse saillante en l'abordant par une incision faite à l'intérieur de la narine. Cette incision est linéaire; elle s'étend ordinairement de l'os frontal à la partie supérieure du cartilage latéral du nez. Elle traverse tout le nez jusqu'à la face profonde de la peau. Cette incision a permis de libérer complètement la peau, même dans un cas où la déformation était survenue à la suite d'un traumatisme et où des adhérences cicatricielles très étroites unissaient la peau à l'os fracturé. L'application de cocaïne sur la muqueuse nasale combinée avec une petite injection sous-cutanée de cocaïne suffit parfaitement à l'anesthésie. Tout le traitement consécutif consiste en insufflations d'iodoforme intranasale et en une légère compression à la racine du nez.

A.-F. P.

**Pharyngite fibrineuse chronique** (*Lancet*, 19 septembre 1891).

Un homme de 30 ans éprouve de la gêne à la déglutition et remarque que ses crachats renferment de fausses membranes. On constate alors sur la paroi postérieure du pharynx la présence d'un exsudat pseudo-membraneux à reproduction incessante.

sante. L'affection dure plus d'une année avec alternatives d'aggravation et d'amélioration : céphalalgie, épistaxis, otalgie de temps à autre. Cependant l'exsudat n'envahit jamais le nez.

A l'examen microscopique; reticulum fibrineux englobant des microcoques.

M. L.

**Papillomes pédiculés du voile du palais**, par DUNN. (*New York, med. Journ.*, 22 août 1891.)

Ces papillomes peuvent occuper non seulement le voile même du palais, mais la luette et les piliers Dunn ne les a jamais rencontrés sur d'autres points de la gorge. Dans les cinq cas qu'il a observés il y avait en même temps hyperémie très vive du reste de la muqueuse palatine et pharyngée. Tous les malades étaient bien portants, âgés de moins de 30 ans; aucun n'était scrofuleux. Le volume des papillomes était petit, ayant au plus 4 millimètres de diamètre. La longueur de pédicule variait de 1 mill. demi à 2 millimètres. L'ablation est d'une grande innocuité et facilité.

A.-F.-P.

**Cas d'épithélioma de la portion supérieure de l'œsophage traité successivement par la gastrostomie et la trachéotomie**, par le Dr NEWMAN. (*Glasgow, med. Journ.*, juin 1891.)

L'auteur signale ce cas surtout à cause de la rapidité de l'apparition des symptômes, tels, par exemple, la dysphagie qui firent croire un instant à une affection aiguë. Dysphagie, dure probablement à la faible élasticité de l'œsophage à ce niveau et au spasme des muscles intéressés.

En second lieu un fait intéressant est la gêne de la respiration par compression et envahissement du larynx : gêne devenue subitement considérable par compression des vaisseaux et œdème consécutif — d'où trachéotomie.

P.-G.

**Rétrécissement congénital de l'œsophage**, par CARRY. (*New York, med. Journ.*, 11 juillet 1891, p. 50.)

Jeune homme de 21 ans ayant toujours eu des troubles de la déglutition remarquables même pendant son allaitement. A diverses reprises la difficulté devint telle que le malade fut réduit à se nourrir de quelques gorgées de liquide, et affaibli au point qu'il ne pouvait quitter le lit. Jamais le malade, même à ses moments de meilleure santé, n'a pu prendre que des aliments très finement divisés et qu'il rejetait en partie par régurgitation. Le ca-

thétérisme montra un rétrécissement très allongé commençant à 16 pouces de l'arcade dentaire et s'étendant presque jusqu'au cardia en devenant de plus en plus étroit. Bien que le maximum de dilatation obtenue par le cathétérisme n'ait jamais permis l'introduction d'un sonde ayant plus de 8 millimètres de diamètre, l'amélioration fonctionnelle fut considérable. A.-F.-P.

**Corps étrangers des bronches**, par RUSHMORE. (*New York, med. Journ.* 25 juillet 1891, p. 85.)

Rushmore, dans les corps étrangers des bronches, conseille de ne jamais compter sur l'expulsion spontanée, mais de tenter par tous les moyens une extraction aussi précoce que possible, sans attendre les complications asphyxique et surtout inflammatoires qui ne manquent jamais de survenir. Il ne conseille pas d'essayer l'extraction par les voies naturelles; la trachéotomie préalable est une nécessité. Si des tentatives suffisamment répétées d'extraction par la plaie trachéale restent infructueuses, il est permis d'essayer d'ouvrir le thorax et d'arriver sur le corps étranger soit à travers le médiastin, soit à travers la plèvre.

A.-F.-P.

**Anesthésie par le bromure d'éthyle ayant causé la mort**, par GLEICH. (*Soc. I. R. de Médecine de Vienne et Bull. Med.*, 23 mars 1892, page 284.)

Homme de 48 ans, venu se faire opérer à la clinique de Bilbroth pour un vaste furoncle du bras droit. On l'endort au bromure d'éthyle. Au bout de deux minutes apparaît la cyanose: puis la respiration et le cœur s'arrêtent. Pendant une heure et demie la respiration artificielle est faite sans résultat. M. L.

## NOUVELLES

Le Dr *R. Kafemann*, vient d'être nommé *privat docent de laryngologie* à l'Université de Königsberg, en remplacement du Dr *Michelson*, décédé.

Nous lisons dans la *Gazzetta degli Ospitali* que le Dr *Gherardo Ferreri*, vient d'être nommé *docent d'otologie et de laryngologie* à l'Université de Rome.

L'*American laryngological Association* a tenu son 14<sup>e</sup> Congrès annuel à Boston, les 20, 21 et 22 juin 1892. Voici le programme de cette session :

Discours du président : S. W. LANGMAID. — L'état actuel du traitement de la fièvre des foins, par C.-E. SAJOUS. — L'influence de certains états diathésiques sur le pronostic des opérations pratiquées sur la gorge, par D. BRYSON DELAVAN. — Quelques symptômes pathologiques des voies aériennes supérieures accompagnant les attaques de grippe, par S. HARTWELL CHAPMAN. — Pharyngo-mycosis, par F. J. KNIGHT. — Un cas de carcinome de la base de la langue, par J. WRIGHT. — Un cas de cancer de l'amygdale traité par l'acide lactique, par E. F. INGALS. — Quelques observations d'angine membraneuse, par BEVERLEY ROBINSON. — Intubation pour une sténose sous-glottique du larynx chez un enfant de 12 ans, par CH. H. KNIGHT. — Formes rares de tumeurs laryngées, par A. W. MAC COY. — Un cas de tumeur du larynx, par H. L. SWAIN. — Deux cas de laryngectomie pour une affection maligne, par J. SOLIS COHEN. — La valeur des pulvérisations dans le traitement des affections catarrhales des voies aériennes supérieures, par M. C. C. RICE. — Hydrothèse nasale, par C. E. BEAN. — Une méthode de choix pour réparer un nez cassé, par W. H. DALY. — Correction d'une difformité résultant d'un abcès de la cloison nasale, par J. O. ROE. — Résultats consécutifs à la cautérisation nasale, par T.-A. DE BLOIS. — Affections incidentes du sinus frontal, par D. N. RANKIN. — Un cas d'ethmoïdite suppurée, par J. H. BRYAN.

Président : S. W. Langmaid (Boston); 1<sup>er</sup> vice-président : M. J. ASCH (New-York); 2<sup>e</sup> vice-président : S. JOHSTON (Baltimore); secrétaire-trésorier : CH. KNIGHT (New-York); bibliothécaire : T. R. FRENCH (Brooklyn). Conseil : F. J. KNIGHT (Boston); D. BRYSON DELAVAN (New-York); HARRISSON ALLEN (Philadelphie); W. C. GLASGOW (Saint-Louis).

Le 8 juin a été ouverte à Prague, à l'hôpital général (Faculté de médecine tchèque), une clinique pour les maladies de l'oreille, du nez et de la gorge; le professeur E. Kaufmann en est le directeur.

---

Le *Progrès Médical* annonce la mort du Dr R. Thiry, privat docent d'otologie à la Faculté de médecine de Fribourg.

---

*Société de Laryngologie, Otologie et Rhinologie de Paris.*

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 1<sup>er</sup> JUILLET.

Emploi de l'acide phénique pur dans les suppurations de l'oreille, par SUAREZ DE MENDOZA. — Trois faits de névropathies liées à des troubles auriculaires et à la surdité, par GELLÉ. — I. Recherches sur les causes anatomiques de la déviation de la cloison nasale. Existe-t-il un rapport entre cette déviation et l'inflexion antéro-postérieure de l'axe de la face? — II. Des épaissements de la portion antéro-inférieure de la cloison nasale. Rôle des os sous-vomériens et des cartilages de Jacobson (démonstration de pièces anatomiques), par POTIQUET.

---

VIN DE CHASSAING. — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. — (Poudre de séné composée), une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

GRAINS DE CÉBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUSES THOMAS

---

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

---

Étude sur une phase de l'évolution de l'ozène et les indications thérapeutiques qui en découlent, par J. RICORDEL. (Broch. de 32 pages, Ollier Henry, éditeur, Paris, 1892.)

Two cases of pyaemia following suppuration of the middle ear treated by ligature of the internal jugular vein and cleaning out the lateral sinus, with complet success in one of the cases (Deux cas de pyémie consécutive à une otite moyenne suppurée, traitée par la ligature de la veine jugulaire interne et du sinus latéral; succès complet dans un des cas, par RUSHTON PARKER. (Liverpool, janvier 1892.)

Guide pratique pour l'examen et le traitement des maladies du larynx, du nez et des oreilles, par J. BARATOUX. (In-8° de 340 pages, avec 181 figures dans le texte et un atlas de 186 gravures. Prix : 6 francs. Société d'éditions scientifiques, rue Antoine-Dubois, 4, Paris, 1892.)

Esposizione clinica della chirurgia dei seni nasali mascellari, frontali, etmoidali, sfenoidali e etmoido-lagrimali e relativo istrumentario con la casuistica ospedaliera delle loro suppurazione simulanti riniti croniche, curate negli anni scolastici 1890-91 e 1892 (Exposé clinique de la chirurgie des sinus du nez, maxillaires, frontaux, ethmoïdaux, sphénoïdaux, et ethmoïdo-lacrymaux et les instruments nécessaires, avec la casuistique hospitalière de leurs suppurations simulant des rhinites chroniques, soignées pendant les années scolaires 1890-91 et 1892), par V. COZZOLINO. (Extrait du *Morgagni*, avril 1892.)

Alcune considerazioni sugli ascessi faringei (Quelques considérations sur les abcès pharyngiens), par V. GRAZZI. (Extrait du *Boll. delle mal. dell' orecchio, galo e naso*, n° 5 et 6, 1892.)

Du traitement par l'électrolyse des déviations et éperons de la cloison du nez, par J. BERGONIÉ et E. J. MOURE. (Broch. de 67 pages, O. Doin, éditeur, Paris, 1892.)

On deviations and spurs of the nasal septum (Sur les déviations et éperons de la cloison nasale), par E. J. MOURE et BERGONIÉ. (Extrait du *Journ. of laryng. and rhin.*)

Le deviazioni e le creste del setto nasale (Les déviations et crêtes de la cloison du nez), par E. J. MOURE. (Traduction italienne de A. Trifiletti.)

Ueber Influenza otitis (Sur l'otite de l'influenza), par SCHWABACH. (Tirage à part de la *Deutsche med. Wochenschrift*, n° 19, 1892.)

Transactions of the Congress of American Physicians and Surgeons (Compte rendu du Congrès des médecins et chirurgiens américains. Seconde session triennale tenue à Washington les 22, 23, 24 et 25 septembre 1891. (*New Haven, Conn*, 1892.)

Traitement de l'angine diphtéritique avec examen bactériologique par le phénol sulfuriciné, par A. JOSIAS. (Extrait des *Bull. de la Soc. de therap.*, séance du 27 avril 1892.)

Ueber die chirurgische Behandlung der Larynschwindsuchs (Sur le traitement chirurgical de la phthisie laryngée. Leçon d'ouverture du 13 juin 1892, par R. KAFEMANN. (Broch. de 9 pages, A. W. Kafemann, Danzig, 1892.)

Beitraege zur Diagnose und Therapie des Kieferhöhlenempyems (Contributions au diagnostic et au traitement de l'empyème de l'antre d'Higmore, par R. KAFEMANN. (Broch. de 30 pages, S. W. Kafemann, Danzig, 1892.)

Le Gérant : G. MASSON.



